NOSOGRAPHIE

DES CHORÉES

IMPRIMERIE ÉMILE COLIN, A SAINT-GERMAIN.

NOSOGRAPHIE

DES CHORÉES

PAR

Le Dr MAURICE LANNOIS

MÉDECIN AIDE-MAJOR DE 1re CLASSE

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Avec 12 Figures intercalées dans le Texte.





PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1886

NOSOGRAPHIE
DES CHORÉES

INTRODUCTION ET DIVISION

Pris dans son sens étymologique, le mot *chorée* veut dire *danse*, car il vient du grec χορεία, danse, et c'est avec cette acception qu'il fut employé primitivement. Au point de vue historique, le nom de danse de Saint-Guy, *chorea Sancti-Viti,* s'appliqua tout d'abord à ces singulières affections épidémiques du moyen âge dont un des caractères principaux était justement une danse désordonnée et frénétique que l'intervention des saints, et surtout de Saint-Guy, semblait seule pouvoir arrêter.

Sydenham qui, suivant la remarque de Trousseau, ne se piquait pas d'érudition, appliqua le nom de danse de Saint-Guy à la névrose que nous connaissons aujourd'hui sous le nom de *chorée vulgaire.* Bien qu'il n'eut vu que cinq malades, il en donna une description si nette et si précise que tous les médecins se rangèrent à ses idées et qu'on oublia la chorée des auteurs antérieurs.

On alla même plus loin et en étudiant rétrospecti-

vement les épidémies du XIV[e] et du XV[e] siècle, au moyen de documents incomplets ou suspects, on arriva à cette conclusion qu'elles n'avaient rien de commun avec la vraie danse de Saint-Guy. Autant eut valu dire que les premiers écrivains avaient eu le tort d'appliquer aux épidémies observées par eux un nom dont un médecin anglais devait changer le sens ultérieurement (1).

Bouteille (2) qui trouvait tout « extraordinaire dans cette maladie, son nom ridicule, ses symptômes singuliers, son caractère équivoque, sa cause inconnue, son traitement problématique, » voulut en vain remplacer le nom de *Danse de Saint-Guy* par celui de *Chorée :* il n'arriva qu'à nous donner une synonymie. Et si le mémoire de Bouteille apprit à connaître en France une affection qui y était jusqu'alors inconnue, il n'empêcha pas les confusions de se produire. Le mot de chorée devint avec Trousseau une sorte d'appellation générique, répondant à une foule d'affections disparates, depuis la chorée proprement dite jusqu'au tremblement de la paralysie agitante et à la crampe des écrivains (3). Duchenne (de Boulogne) appelait la sclérose en plaques paralysie choréiforme.

Pour nous, nous estimons, ne faisant d'ailleurs en cela qu'accepter les idées fréquemment émises par le professeur Charcot dans ses leçons, que l'on a eu tort d'enlever aux épidémies dansantes le nom qui leur appartient de par l'histoire et de par l'étymologie. On doit leur laisser, aussi bien qu'à certaines manifesta-

(1) Raymond, art. DANSE DE SAINT-GUY in *Dict. encyclopédique.*

(2) Bouteille, *Traité de la chorée ou danse de Saint-Guy.* Paris, 1810.

(3) Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu,* t. II.

tions de l'hystérie qui en sont les derniers vestiges, le nom de *chorée* ou mieux de *grande chorée* (1).

D'autre part, l'expression de chorée est tellement passée dans nos habitudes pour désigner l'affection décrite par Sydenham, qu'il serait inutile de chercher à la remplacer, chose qui d'ailleurs ne manquerait pas de difficultés. Nous verrons de plus qu'il existe des intermédiaires entre la grande chorée et la *chorée vulgaire* ou *de Sydenham.* Il en résulte que nous devons, nous aussi, considérer le mot *chorée* comme un terme générique, s'appliquant à des affections multiples. Nous ferons remarquer d'autre part que le titre même de notre thèse est une indication pour nous de prendre le mot *chorée* dans son sens le plus large.

Nous n'irons pas toutefois aussi loin que Trousseau et nous chercherons à donner à ce terme un sens plus restreint et plus précis que ne l'a fait le clinicien de l'Hôtel-Dieu. Les mouvements choréiques seront pour nous des *mouvements musculaires à grand rayon, involontaires, bien que le plus habituellement conscients, occupant principalement la tête et les membres, incessamment renouvelés sans repos ni trêve et ne s'arrêtant que pendant le sommeil.* Ce n'est là, du reste, qu'une simple énumération de caractères attribuables aux *gesticulations* choréiques bien plutôt qu'une définition, et cette énumération elle-même est incomplète. Nous verrons, en effet, de nouvelles particularités dans les contractions musculaires venir prendre une place importante dans la symptomatologie des différentes

(1) Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, 4e édit., 1880 et *Progrès médical*, 1885, t. I, nos 12 et 13.

espèces de chorées. Dans la chorée de Sydenham, les gesticulations, tout en conservant leurs caractères fondamentaux, deviendront, en outre, *contradictoires* et *illogiques*, ne présenteront ni cadence ni signification déterminée, c'est-à-dire n'imiteront aucun mouvement expressif ou professionnel ; dans la grande chorée, au contraire, elles deviendront *rythmées, cadencées, systématiques* et imiteront des mouvements d'expression, comme la danse, ou professionnels comme les mouvements des forgerons, par exemple.

Enfin, nous pourrons les voir aussi s'associer à des phénomènes beaucoup plus bizarres, à l'émission également involontaire de sons ou de phrases entières comme dans les tics convulsifs que nous considérons comme très voisins des chorées.

Si imparfaite qu'elle soit, l'énumération des caractères que nous venons d'indiquer nous fournit cependant des éléments de diagnostics différentiel suffisants pour nous permettre d'éliminer de notre cadre un certain nombre de mouvements musculaires qui présentent des analogies nombreuses avec les chorées et qu'on a fréquemment confondus avec elles : nous voulons parler des *tremblements*, des *mouvements ataxiques* et des *spasmes fonctionnels*.

Il est une catégorie de tremblements que l'on ne peut confondre avec les mouvements choréiques, ce sont ceux de l'alcoolisme, de l'intoxication mercurielle, de la paralysie générale et de la maladie de Basedow. Ces tremblements en effet, s'ils sont bien aussi des mouvements involontaires, appartiennent à la catégorie des oscillations rapides et rythmées, à rayon court, en d'autres termes, de durée courte et de petite étendue ;

leur nombre s'élève à huit ou neuf par seconde et il ne s'agit plus là de gesticulations, mais de tremblements vibratoires. La même chose pourrait se dire du tremblement hystérique dans lequel les secousses sont au nombre de cinq à sept par seconde et qui tient le milieu entre les secousses rapides dont nous venons de parler et les oscillations plus lentes (4 à 5 par seconde) du tremblement sénile, de la paralysie agitante et enfin de la sclérose en plaques. C'est le tremblement de cette dernière affection qui prête le plus facilement à confusion et nous venons de faire remarquer que Duchenne (de Boulogne) l'appelait paralysie choréiforme. Et cependant l'analogie avec le mouvement choréique n'est que superficielle ; le tremblement de la sclérose n'existe pas pendant le repos, il ne se manifeste qu'à l'occasion des mouvements voulus (tremblement intentionnel) et il présente ce caractère essentiel, bien mis en évidence par les tracés de M. Charcot (1), de s'exagérer progressivement pour arriver à son maximum au moment où le mouvement atteint le but fixé. Comme dans les chorées le mouvement est devenu une oscillation à grand arc, mais tandis que dans celles-ci nous verrons les gesticulations contradictoires troubler la direction générale du mouvement et faire manquer le but (chorée de Sydenham) ou au contraire cesser complètement au moment du mouvement voulu (certaines chorées rythmées), dans la sclérose en plaques au contraire, la direction générale du mouvement est conservée dans son ensemble. Cette possibilité d'accomplir le mouvement intentionnel malgré des

(1) Charcot, *Leçon citée (Progrès médical,* 1885).

oscillations plus ou moins étendues est, du reste, un caractère commun à tous les tremblements. Nous ne pouvons insister plus longtemps sur ce point et nous pensons que ces quelques considérations suffiront à faire comprendre pourquoi nous avons éliminé les tremblements de notre cadre.

La distinction est encore bien plus facile à faire avec les *mouvements ataxiques*. La volonté n'a rien à faire dans les mouvements choréiques; leur caractère le plus important, nous l'avons vu, est précisément d'être involontaires. Le mouvement ataxique au contraire n'est jamais spontané; l'incoordination motrice, le défaut d'arrangement et de mesure des mouvements ne survient qu'au moment où le malade veut faire un mouvement déterminé. L'ataxique peut faire à volonté disparaître son incoordination motrice, il lui suffit de s'arrêter. C'est là un point capital à côté duquel les autres différences qu'il serait facile d'invoquer n'ont plus qu'un intérêt secondaire.

Il serait inutile de distinguer les *spasmes* ou *crampes fonctionnelles* des mouvements choréiques, si la confusion n'avait pas été faite par les auteurs. Il suffit d'avoir vu une fois par exemple la *contraction continue et progressive, sans secousses appréciables*, qui se produit dans les muscles chez les malades atteints de crampe fonctionnelle du cou pour ne jamais plus confondre cette affection avec les mouvements irréguliers des choréiques vulgaires ou avec les secousses régulières des chorées rythmées. De même pour la crampe des écrivains que Duchenne (de Boulogne) rangeait dans les spasmes fonctionnels et dont Trousseau voulait faire une chorée, la *chorea scriptorum* :

ici encore il s'agit le plus souvent de véritables contractions musculaires continues, plus rarement de tremblement ou d'ataxie, quelquefois même, comme d'ailleurs dans tous les spasmes fonctionnels, de paralysies de certains groupes musculaires. De plus ces contractions spasmodiques ne se montrent qu'au moment où la volonté intervient pour mettre le muscle en action. On peut remarquer aussi que dans les spasmes fonctionnels tout ne se passe pas dans les centres nerveux eux-mêmes, mais qu'il y a toujours un point de départ périphérique.

Le champ que nous avons à parcourir est encore assez vaste, bien que d'après le titre même de notre thèse nous n'ayons pas à insister sur la nature et sur la physiologie pathologique des diverses chorées que nous avons à étudier et à classer. Nous aurons à montrer que ce n'est pas seulement par raison étymologique ou historique, mais aussi en tenant compte des caractères symptomatiques, que nous croyons devoir laisser le nom de chorée aux affections rythmiques que nous voyons aujourd'hui se manifester dans certaines conditions spéciales et qui ont régné épidémiquement il y a quelques siècles, affections qu'un lien commun réunit. Il nous faudra également justifier la manière de voir qui nous fait donner aux *tics convulsifs* une place entre les chorées rythmiques et les chorées arythmiques. Nous recueillerons chemin faisant les éléments de cette justification, nous réservant de les réunir et de les grouper dans un dernier chapitre après avoir étudié les différentes chorées indiquées dans le tableau suivant :

Chorées rythmiques.	Chorées épidémiques.	1° Danse de Saint-Guy épidémique.	
		2° Tarentisme.	
		3° Tigretier.	
		4° Jumpers, etc.	
	Chorées rythmiques proprement dites.	1° Chorée rythmique hystérique ou grande chorée.	
		2° Spasme réflexe saltatoire.	
Pseudo-chorées.	1er Groupe.	Tic de Salaam.	Maladie de Dubini.
		Chorées électriques.	Maladie de Bergeron.
		Pseudo-chorées du larynx et du diaphragme.	
	2e Groupe.	Maladie des tics convulsifs.	
		Paramyoclonus multiplex.	
Chorées arythmiques.	Chorée de Sydenham.	1° Chorée de Sydenham proprement dite.	
		2° Chorée molle.	
		3° Chorée de la grossesse.	
		4° Chorée des vieillards.	
		5° Chorée héréditaire	
	Hémichorée et hémiathétose symptomatiques.		

I. CHORÉES RYTHMIQUES

§ 1. CHORÉES ÉPIDÉMIQUES[1]

Dans ce premier chapitre, nous passerons successivement en revue : 1° La danse de Saint-Guy épidémique ou grande chorée épidémique des Allemands ; 2° la chorée épidémique de la Pouille ou Tarentisme ; 3° la chorée épidémique d'Abyssinie ou Tigretier ; 4° enfin, nous terminerons par quelques mots sur certaines manifestations convulsives qui n'ont qu'un rapport assez éloigné avec la grande danse de Saint-Guy.

1° *Danse de Saint-Guy épidémique.*

La *danse de Saint-Guy*, *Saint-Veitstanz*, à laquelle on a aussi donné les noms de : *Saint-Modestitanz*, *Saltus Viti*, *Saint-Johannistanz*, *Choreomania*, *Epilepsia saltatoria*, *Orchestromania*, *Chorea magna*, *Chorea Germanorum*, *Tanzplage* (fléau de la danse), a régné épidémiquement à plusieurs reprises, à dater de la fin du XIVe siècle.

(1) Nous avons surtout puisé pour rédiger ce chapitre dans : Hecker, *Chorée épidémique du moyen âge (Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1834, t. XII) ; Calmeil, *De la folie*, etc., t. II, 1845. — Voir aussi : Wicke, *Gross. Veitstanz*, Leipzig, 1844 ; Haese, *Epidemisch. Krankeiten*, Iéna, 1865 ; Ziemssen, *Handbuch*, Bd XII, Hft 2 ; Charcot, Richer et Raymond.

C'est au mois de juillet 1374 que l'on vit se manifester la première épidémie de choréomanie ; on la trouve relatée sous le nom de : *Danse de Saint-Jean* dans le mémoire important de Hecker auquel nous ferons plus d'un emprunt. Des troupes d'hommes et de femmes quittaient leurs habits, se couronnaient de fleurs : « se tenant par la main et emportés par leurs « sens, dont ils n'étaient plus maîtres, ils dansaient « des heures entières... jusqu'à ce qu'épuisés, ils tom- « bassent à terre. Puis ils se plaignaient d'une grande « angoisse et gémissaient comme s'ils eussent senti « l'approche de la mort, jusqu'à ce qu'on leur eût « serré le ventre avec des linges, après quoi ils reve- « naient à eux-mêmes et se sentaient momentanément « délivrés de leur mal. » (Hecker).

Parfois, ils avaient en même temps des hallucinations dans lesquelles ils voyaient la Vierge ou des saints, surtout saint Jean, dont ils se mettaient à hurler le nom, ou bien encore ils assuraient qu'ils s'étaient vu plongés dans des ruisseaux de sang et que c'est pour cela qu'ils sautaient si haut. Fréquemment les accès débutaient par des extases ou des crises épileptiformes.

Quelques mois après le fléau s'était étendu dans les Pays-Bas, à Liège, Utrecht, Tongres. Un mois après avoir éclaté à Aix, la chorée se montrait à Cologne, où le nombre des danseurs était de plus de cinq cents, à Metz, où l'on rapporte que onze cents danseurs remplissaient les rues. Les mêmes phénomènes se montraient toujours et, en particulier, la tympanite survenant à la fin de l'accès. Un point intéressant à noter, c'est que les choréomanes belges présentaient une aversion maladive pour certains objets, la couleur rouge

par exemple, ou les souliers à bouts pointus, au point que des édits défendirent de les porter, leur vue mettant les danseurs en fureur. Les exorcismes, les messes et les prières délivrèrent assez rapidement les villages belges de ces malheureux danseurs.

Il n'en fut pas tout à fait de même à Aix, à Cologne, à Metz, où la simulation eut bientôt son tour : des mendiants, des vagabonds se joignirent aux danseurs, et, d'autre part, « on vit plus d'une centaine de jeunes « filles se démener comme des frénétiques dans les « lieux saints et profanes, et montrer bientôt quelle « flamme avait été éteinte en elles. La plupart de ces « jeunes filles guérissaient en peu de temps ; d'autres « restèrent insatiables et on les vit, dans leur état de « grossesse, se serrer le ventre avec des linges et venir « de nouveau prendre place aux danses. » (Hecker). On fut obligé de recourir à la violence pour disperser ces bandes dangereuses ; en 1380, l'épidémie avait disparu.

En 1418, le fléau de la danse (tanzplage) reparut à Strasbourg et s'étendit de là à la Haute-Alsace, la Bavière et même la Bohême. La maladie semblait avoir perdu une partie de son intensité, et si l'on retrouvait encore les extases et les mouvements désordonnés, au moins ne voyait-on plus ces accès de fureur qui avaient rendu les premiers danseurs redoutables. Au dire de Königshoven, le chroniqueur strasbourgeois, nombre de personnes entraînées par un attrait irrésistible se joignaient aux danseurs qui, nuit et jour, au milieu d'une grande affluence de curieux, parcouraient la ville précédés de joueurs de cornemuses. Cette fois on n'employa plus les exorcismes, mais on eut recours à

l'intercession d'un saint que la tradition représentait comme ayant été martyrisé avec Modestus et Crescentia, en 303, sous Dioclétien. La légende voulait qu'avant de tendre le cou à l'exécuteur, ce saint que l'on appelait Guy en France, Veit en Allemagne, Vitu dans les pays tchèques, et dont le nom avait peut-être été emprunté par les hagiographes chrétiens à la mythologie slave dans laquelle le dieu Vid occupait le premier rang (Raymond), ce saint, disons-nous, eût demandé à Dieu de préserver de la chorée tous ceux qui célébreraient l'anniversaire de sa mort. Aussi les chapelles de Saint-Guy, à Zabern et à Rottestein, devinrent-elles des lieux de pèlerinages très fréquentés où de nombreuses guérisons s'opérèrent, bien que des tremblements très marqués aient persisté chez certains danseurs guéris jusqu'à la fin de leur vie.

A partir de cette époque, la danse de Saint-Guy alla en diminuant et il n'y eut plus que des épidémies partielles et sans importance. Paracelse, un des premiers, chercha à redresser les mystiques erreurs de son époque et à montrer que les saints, non plus que les démons, n'ont rien à faire avec des phénomènes relevant seulement de la médecine ; il distingue à côté des chorées *imaginative* et *lascive* une troisième espèce, *chorée naturelle*, qui semble s'appliquer aux accès d'hystérie.

En 1550, Schenck de Graffenberg n'observe plus que quelques cas isolés dans le Brisgau : à la suite des accès les malades étaient complètement guéris, ou, au contraire, restaient dans un état d'affaiblissement dont rien ne pouvait les tirer. La plupart de ces malades n'étaient plus atteints qu'une fois dans l'année ; au mois de juin, avant la fête de saint Jean et celle de saint

Guy, ils éprouvaient de la lassitude, des douleurs vagues, de l'angoisse, de la tristesse et ne se trouvaient débarrassés qu'après avoir dansé et crié pendant trois heures autour des chapelles de Saint-Guy, à Biessen, et de Saint-Jean, à Wasenveiler. Les magistrats payaient des musiciens et de robustes danseurs pour amener plus vite la fatigue chez les malades : là encore ils avaient dû défendre le port des habits rouges qui mettait les danseurs en fureur.

Plater ne parle plus guère de la choréomanie que par ouï-dire et cite le cas d'une femme que pendant sa jeunesse il avait vue, à Bâle, danser pendant un mois entier sur la voie publique. En 1623, Horst vit encore quelques femmes se rendre en pèlerinage à la chapelle de Saint-Guy, à Drefelhausen, en Souabe, pour y attendre leur accès après lequel elles étaient délivrées pendant un an. La guerre de Trente ans fut, d'après Hecker, la cause qui fit définitivement disparaître d'Allemagne la grande chorée épidémique.

Quelle était la nature de cette singulière affection? Il est assez difficile de se prononcer lorsqu'on songe que les premiers documents se trouvent dans les chroniques de Pierre de Herrentals et de Königshoven, fidèles et naïves reproductions des opinions populaires. Otto Brünfels n'écrivait qu'en 1534, un siècle et demi après la première épidémie.

Certains auteurs modernes, comme Hecker, ont voulu faire de la *Veitstanz* une névrose spéciale, aujourd'hui disparue, qui aurait pris naissance au milieu des malheurs d'une époque marquée par la peste noire, par les débordements du Rhin et du Mein, par l'état d'anarchie qui enlevait toute sécurité aux villes et aux

campagnes du sud et de l'ouest de l'Allemagne. Un reste du paganisme qui avait remplacé pour les Allemands leur ancienne coutume du *nodfyr* et qui s'est d'ailleurs perpétué dans nos campagnes jusqu'à nos jours, le feu de la Saint-Jean et les danses qu'on exécute autour de lui en se précipitant finalement à travers la flamme et la fumée passaient pour préserver de tous les maux pendant une année. Pour Hecker, c'est autour de ces brasiers de la Saint-Jean que la folie de la danse serait née en 1374 chez des malheureux surexcités par la misère et la terreur.

Il est cependant difficile d'admettre simplement cette manière de voir parce que des choréomanes s'étaient déjà montrés auparavant. Hecker rapporte lui-même ce fait emprunté à Vincent de Beauvais, qu'en 1237, à Erfurt, plus de 100 enfants furent subitement pris de la maladie dansante et allèrent en sautant jusqu'à Arnstadt. En 1278, à Utrecht, 200 possédés dansèrent sur un pont de la Molesse sans qu'on pût les faire cesser jusqu'au passage d'un prêtre portant l'Eucharistie. De même en 1021, à Bernburg, 18 paysans ayant troublé la messe pendant la nuit de Noël par leur danses et leurs chants, le prêtre Ruffrecht les maudit et les condamna à danser et à crier pendant une année, ce qu'ils firent d'ailleurs jusqu'à ce que l'intercession de deux pieux évêques les eût délivrés.

Nous sommes ici en pleine légende et nous croyons inutile d'insister. Rappelons cependant que si l'on voulait chercher dans les anciens, on trouverait des exemples de choréomanie : pour quelques auteurs les anciens corybantes de la Grèce en étaient atteints. Sauvages, en signalant ces faits, rapporte qu'au dire de

Lucien « tous ceux des habitants d'Abdère qui avaient « assisté à une représentation de l'*Andromaque* d'Euripide sortirent du théâtre comme des insensés, ré« citant à haute voix les vers qu'ils avaient entendus « et imitant les gestes de Persée ».

M. Raymond pense qu'un cas isolé et réel de chorée (tel qu'on l'entend habituellement) a pu être plus d'une fois le noyau de formation d'une bande de danseurs. Le fait est possible et n'a rien d'improbable, mais c'est une hypothèse qui n'est pas démontrable.

Il semble plausible d'admettre que s'il y avait dans les bandes d'Aix-la-Chapelle et de Strasbourg, des vésaniques démonomanes, des épileptiques, des choréiques vrais, des simulateurs, il y avait aussi et surtout des hystériques.

La *Chorea Germanorum* a sa place entre l'aliénation mentale et l'hystérie, comme d'ailleurs toutes les épidémies analogues depuis les temps les plus reculés du moyen âge jusqu'à nos jours, où les épidémies d'hystérie plus ou moins compliquée de théomanie peuvent encore se rencontrer.

Richer (1) considère la maladie qui nous occupe comme une des manifestations de la grande hystérie, se basant surtout sur les phénomènes suivants qu'on peut facilement faire ressortir de la description d'Hecker : présence d'hallucinations qui rappellent celles de la troisième période de la grande attaque; contorsions qui se trouvaient mêlées aux danses ; convulsions à forme épileptique qui inauguraient parfois les accès ; enfin atténuation ou même parfois arrêt de

(1) Richer, *Études sur l'hystéro-épilepsie,* 1881.

ces accidents variés sous l'influence de la compression de l'abdomen. Richer ne fait d'ailleurs qu'exprimer en cela l'opinion de M. Charcot pour qui l'hystérie et l'hystéro-épilepsie ont joué un rôle prédominant dans les épidémies de danse de Saint-Guy et qui, en dehors des raisons déjà invoquées, en a trouvé une preuve originale dans un croquis de P. Breughel, datant du xvie siècle. Ce dessin, pris évidemment sur nature, représente une des *processions dansantes* qui, à cette époque, avaient lieu chaque année à Echternach (entre Trèves et Luxembourg) et qu'on peut considérer comme un vestige de la chorée épidémique des deux siècles précédents. Il se trouve reproduit dans les leçons de M. Charcot (1) et il est facile d'imaginer que l'hystérie avait un rôle important dans les grimaces et les contorsions des femmes qu'il représente.

Nous allons voir d'ailleurs l'hystérie se retrouver d'une façon plus nette et plus précise dans d'autres épidémies dansantes absolument semblables à celles des bords du Rhin, nous voulons parler du *tarentisme.*

2° *Tarentisme.*

Ce fut au xviie siècle, après la disparition de la danse de Saint-Guy en Allemagne, que le tarentisme atteignit en Italie son plus haut degré de développement. On peut toutefois lui trouver des origines bien antérieures. Au dire de Hecker, c'est dans les ouvrages de Goriopontus, médecin de l'école de Salerme, qui vivait au xie siècle, que l'on trouve la première description,

(1) Charcot, *Leçons citées*, t. I, 1880, p. 455.

assez obscure du reste, d'une espèce de folie *(anteneasmus)* présentant des analogies avec le tarentisme. Malgré cela, on ne peut guère faire remonter la première notion de la maladie plus haut que le xve siècle, comme semble le prouver les écrits de Perroti (cité par Hecker) et de Matthioli, dont un long passage est inséré presque en entier dans la chirurgie d'Ambroise Paré.

Le tarentisme fut d'abord limité à la Pouille et la croyance populaire voulait d'abord que cette singulière affection succédât à la morsure d'une araignée venimeuse, la tarentule : on attribua également à la piqûre du scorpion la même influence fâcheuse. Dans l'opinion générale, les malades atteints étaient voués à une mort presque certaine ou gardaient une lésion de l'esprit, un état de débilité incurable. « Les uns, dit Hecker, éprou-
« vaient une altération sensible de leurs facultés vi-
« suelle et auditive, d'autres perdaient l'usage de la
« parole et restaient insensibles à tous les moyens
« d'excitation ordinaires. La flûte et la guitare pou-
« vaient leur procurer du soulagement ; alors, comme
« réveillés peu à peu d'un sommeil magique, ils ou-
« vraient les yeux, se mouvaient d'abord lentement et
« en mesure, puis, celle-ci devenant plus rapide, ils
« étaient entraînés à une danse passionnée. » Alexandre ab Alexandro a rapporté l'histoire d'un *tarentato* qui écoutait avidement les sons de la timbale, se mettait à danser avec élégance d'abord, puis à faire des bonds extraordinaires ; si la musique venait à cesser, il tombait sans connaissance et restait sans mouvement jusqu'à ce qu'elle vînt l'exciter à nouveau : aussi ne doit-on pas s'étonner si les danseurs arrivaient à fatiguer

les plus robustes musiciens. Matthioli décrit les malades comme éprouvant le besoin de rire ou de pleurer, comme chantant à tue-tête, mais arrivant tous à un état de torpeur et de mélancolie dont ils ne sortaient que pour danser en entendant la musique ; cessait-on de jouer, ils retombaient dans leur premier état.

On voit que le rôle joué par la musique dans les épidémies allemandes était devenu ici plus important encore. Richer rapproche cet état des tarentati de l'état d'automatisme qu'il a observé chez certaines hypnotiques hystériques : « La musique était alors la « maîtresse absolue de leur organisation ; suivant le « mode de la mesure ou l'expression du morceau, nos « malades se livraient inconsciemment à une mimique « variée ; rien de plus facile que de leur faire exécuter « les mouvements de la danse... Mais aussitôt que la « musique cessait, elles retombaient dans leur tor- « peur (1). »

Nous retrouvons chez les malades atteints de tarentisme les mêmes impressions produites par les couleurs que nous avons déjà signalées chez les danseurs des Pays-Bas : à la vue des couleurs qui leur étaient odieuses, les danseurs entraient en fureur. Le plus souvent cependant, en Italie, les sensations déterminées par les couleurs étaient plutôt agréables. Certains malades étaient véritablement fascinés par la couleur rouge, d'autres par la couleur jaune, la couleur verte, noire, etc. Un capucin, n'osant toucher la robe rouge d'un cardinal par laquelle il était attiré d'une façon invincible, fut pris d'anxiété et tomba sans connais-

(1) Richer, *Loc. cit.*, p. 621.

sance. Les exemples de ce genre sont nombreux dans les anciens auteurs que ces passions pour les couleurs remplissaient d'étonnement.

Les objets brillants avaient la même propriété d'exalter les danseurs italiens, et on les voyait brandir des armes dont l'éclat métallique les attirait. De même la surface de la mer les fascinait; ils demeuraient abîmés en la contemplant; chez quelques-uns cette inexplicable passion les faisait se précipiter dans les flots. Chez d'autres, ajoute Hecker, cet état se trahissait « par la jouis- « sance que leur causait la vue de verres remplis d'eau « limpide. Pendant la danse ils portaient en mains des « verres pleins d'eau et faisaient des gestes bizarres ; « d'autres aimaient aussi qu'on leur mît, au milieu de « la place où la danse avait lieu, de grands vases rem- « plis d'eau, entourés de roseaux et d'autres plantes « aquatiques, où ils plongeaient la tête et les bras avec « une grande volupté. »

Les manifestations les plus bizarres s'ajoutaient parfois aux troubles que nous venons de décrire et leur nature hystérique paraît ne devoir faire aucun doute.

Une croyance qui ne contribua pas peu à rendre persistantes les épidémies de tarentisme, était que la musique et la danse avaient pour effet de répartir dans tout le corps le venin de la tarentule et de l'expulser par la peau ; tant qu'il restait un peu de ce venin, la maladie persistait. Aussi les tarentati étaient-ils presque tous persuadés de leur incurabilité et n'attendaient-ils plus de la musique que du soulagement. C'est un peu ce que nous avons déjà vu chez les danseurs de Saint-Guy dans les dernières périodes, et rien ne nous montre mieux

l'importance, dans tous ces faits, de l'élément purement psychique.

Matthioli faisait déjà remarquer que beaucoup de danseurs n'avaient pas été mordus par des tarentules et que c'était l'imitation qui augmentait considérablement le nombre des danseurs. Baglivi, s'il écrit encore que la piqûre de la tarentule et du scorpion sont susceptibles d'amener la manie de la danse (1), dit cependant qu'il a vu un grand nombre de filles chlorotiques non tarentulées être prises d'une folle ardeur pour la danse. Il ajoute que journellement des femmes de la Pouille, contrariées dans leurs amours, leurs affections ou leurs espérances, se plaignaient sans motif d'accidents de tarentisme pour être mises en présence des joueurs de musique et pour trouver dans la danse un dérivatif à leurs chagrins et à leur mélancolie. Aussi, au xvii[e] siècle, des troupes de musiciens parcouraient-elles l'Italie à un moment donné qu'on appelait le *petit carnaval* des femmes, pour entreprendre en grand la guérison des tarentati au moyen de chants spéciaux, dits *tarentelles*.

Hecker, qui n'avait pas fait intervenir l'hystérie dans la *chorea Germanorum*, lui attribue un rôle impor-

(1) On a reproché à Baglivi de n'avoir su se débarrasser de cette notion empruntée par lui à ces prédécesseurs, en particulier à Ferdinando. Il ne faut cependant pas s'en étonner quand on la voit exprimée par des auteurs contemporains. Le D[r] Campelli rapporte dans *Il Morgagni*, 1878, p. 538, le fait d'une femme de 29 ans mordue par une tarentule qui, le quatrième jour après la morsure, se mit, pendant son sommeil, à émettre des sons modulés en faisant avec la main des mouvements coordonnés comme si elle eut pincé de la guitarre. Il avait eu soin de prévenir la famille de la possibilité des accidents de tarentisme, ce qui ne l'empêche pas de tout rapporter au venin de la tarentule!

tant dans la production du tarentisme : il montre combien le genre de vie des femmes italiennes à cette époque, leur réclusion, leur oisiveté forcée, devait donner un tour maladif à leur imagination et les prédisposer aux actions les plus folles. Il faut remarquer aussi qu'une violente excitation des organes génitaux, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, venait souvent exciter leur penchant irrésistible et leur faisait oublier tout sentiment de pudeur. Dans un travail plus récent (1), Cantani admet également que la *tarentelle* ou *tarentulisme*, névropathie dansante de la Pouille, se développe par imitation sur un fond hystérique avec exaltation psychique ; il ajoute que souvent, aujourd'hui encore, la piqûre de la tarentule peut devenir le point de départ de la manie dansante.

Nous ne quitterons pas cette curieuse affection sans rapporter qu'au dire de Sauvages (1) une espèce de tarentisme, dont il fait une classe à part sous le nom de *tarentismus tingitanus* ou *janon*, aurait existé jadis à Tunis. « Saint-Gervais, dit-il, rapporte dans ses mé-
« moires historiques que les habitants de Tunis sont
« sujets à un tarentisme spontané, c'est-à-dire qui n'est
« pas occasionné par la morsure d'aucun insecte. Il
« affecte surtout les femmes et les oblige à danser et à
« sauter à toute outrance ; on l'appelle le *janon*. »

(1) Cantani voudrait séparer le *tarentisme* du *tarentulisme*, ce dernier étant la manie dansante épidémique *produite par la piqûre de la tarentule*, tandis que le *tarentisme* correspondrait à la *grande chorée*, que nous allons étudier plus loin. Malheureusement nous ne pourrons nous servir de son travail, car ses faits de tarentisme appartiennent évidemment à l'hystéro-épilepsie et non à la chorée rythmée (*Il Morgagni*, 1872, p. 545).

(2) Sauvages, *Nosologie*, t. VII.

3° *Tigretier* ou *chorée épidémique d'Abyssinie.*

Hecker donne une place dans son mémoire à cette manie dansante qui présente la plus grande analogie avec l'ancienne danse de saint Jean. Saint Jean est d'ailleurs en Abyssinie le patron reconnu des individus atteints de chorée. La chorée épidémique abyssinienne est surtout fréquente dans le royaume de *Tigre*, d'où son nom de *tigretier*. Hecker ne donne que la description d'un témoin non médical, Pearce, qui a passé neuf ans en Abyssinie.

Le tigretier commence par une fièvre violente rapidement suivie de mélancolie et d'anorexie nerveuse ; les remèdes de toute nature sont impuissants, seules la musique et la danse semblent avoir quelque efficacité. Pearce raconte tout au long la guérison d'une femme ainsi arrivée au dernier degré du marasme, qui se leva dès qu'elle entendit la musique. « Sa tête, son « cou, ses épaules, ses mains et ses pieds, tout son « corps se mouvait en cadence au son de la musique, « et enfin elle se trouva debout au milieu des assistants. « Alors, se mettant à danser, elle sautait et gambadait « par intervalles et à mesure que le bruit de la musique « et des chants des assistants augmentait, elle faisait « des sauts de plus en plus élevés; quelques-uns étaient « de plus de trois pieds. Lorsque la musique cessait, la « plus grande anxiété s'emparait d'elle... » Le lendemain tout recommença; puis, après avoir sauté toute la journée, elle s'enfuit avec une telle rapidité que le meil-

(1) Pearce, cité par Hecker.

leur coureur n'aurait pu l'atteindre, tomba tout à coup comme mortellement blessée et se releva, faible et exténuée, mais guérie. La guérison n'a pas toujours lieu et alors les malades finissent par succomber. Pearce rapporte que sa propre femme fut atteinte et que « dans la conviction que le caractère féminin était ici fortement en jeu » il essaya de la ramener à de meilleurs sentiments avec quelques coups de fouet bien appliqués. Son moyen curatif n'eut d'autre résultat que de la faire tomber comme morte et il fallut recourir au traitement habituel et national.

Hecker fait remarquer combien l'état de l'Abyssinie, pays chrétien séparé du reste du monde, est analogue à celui de l'Allemagne et de l'Italie au moyen âge : le régime de la vassalité y est le même, les Abyssins ont des flagellants semblables aux bandes qui précédèrent l'épidémie de 1374, ils croient aux sorciers et à une sorte de zoomorphisme, de tout point comparable à la lycanthropie du moyen âge. Il est inutile d'insister sur la ressemblance du tigretier avec l'hystérie telle que nous la connaissons aujourd'hui.

4° *Jumpers*, *camps-meetings*, *etc.*

Certains auteurs, comme Hecker et Calmeil, rapprochent de la chorée du moyen âge les phénomènes présentés par certaines sectes de méthodistes du pays de Galles et des Cornouailles, les *Jumpers* (qu'il ne faut pas confondre avec les *sauteurs du Maine* dont nous parlerons ultérieurement). L'abbé Grégoire (1),

(1) Grégoire, *Histoire des sectes religieuses*, etc., éd. de 1814, t. I, p. 82.

dans son ouvrage sur les sectes religieuses, les compare aux *Cicètes*, secte éphémère du VIIe siècle, qui sautaient et dansaient en priant Dieu, et aux derviches actuels de l'islamisme. La secte des Jumpers fut fondée en 1760 par deux fanatiques dont les disciples prêchaient qu'il fallait sauter pour honorer Dieu, parce David dansa devant l'arche, parce que saint Jean tressaillit de joie dans le sein de sa mère, parce que l'homme purifié par la grâce divine doit exulter de joie et de reconnaissance. Comme dans les épidémies déjà citées, les auditeurs ne se faisaient pas faute de sauter et de hurler jusqu'à complet épuisement.

Il est à noter qu'il existait avant cette époque, dans quelques paroisses et quelques îles du Forfarshire, comté du nord de l'Écosse, une endémie de danse à laquelle on avait donné le nom de *leaping ague* (*to leap*, suter) et dans laquelle on retrouvait des phénomènes analogues. Le *leaping ague* persistait encore en 1807 (1) et durait depuis plus de 70 ans dans les mêmes villages; la maladie était considérée comme héréditaire dans beaucoup de familles.

Les *camp-meetings*, les *revivals*, des méthodistes américains du Far-West sont de tout point comparables aux excentricités des Jumpers et arrivent même à les surpasser.

Mais ici nous nous arrêtons; ces faits que l'on pourrait encore comparer à ceux présentés par les convulsionnaires de Saint-Médard s'éloignent de la choréomanie pour se confondre avec la théomanie extato-convulsive ; nous sommes plus près de l'aliéna-

(1) *Edinb. med. and Surg. Journ.*, 1807, t. III, p. 434.

tion mentale que de l'hystérie. Au reste, nous croyons en avoir dit bien assez pour montrer qu'il existe un état morbide qui porte parfois l'homme à exécuter une série de mouvements harmoniques prolongés et d'évolutions plus ou moins déraisonnables, comme s'il cédait à une force invincible, ici impulsion diabolique ou divine, là venin d'un animal infime (Calmeil).

§ 2. CHORÉES RYTHMIQUES PROPREMENT DITES

Nous avons insisté sur le rôle important joué sans conteste par l'hystérie dans les épidémies dansantes que nous venons de passer en revue : nous allons la voir acquérir une prédominance encore plus marquée dans les affections que nous décrirons dans ce chapitre. Comme le dit le professeur Charcot, à qui l'on doit d'avoir bien fait connaître et bien mis en relief les différentes formes de ces chorées rythmiques, elles sont le plus souvent liées à l'hystérie ou d'origine hystérique, bien qu'elles puissent subsister dans quelques cas par elles-mêmes, en dehors de tout phénomène caractérisant habituellement l'hystérie. Et nous ne pourrons mieux faire pour le prouver que de suivre pour ainsi dire pas à pas les remarquables leçons qu'il a consacrées à l'étude de la *chorée hystérique* (1), de la *chorée rythmée* (2).

C'est précisément dans cette catégorie que les mouvements choréiques méritent le nom de *rythmiques* ou

(1) Charcot, *De la Chorée rythmique hystérique (Progrès médical*, 1878, et *Leç. sur les Maladies du système nerveux*, 4e éd., 1880, p. 386).

(2) Charcot, *Leç. citée (Progrès médical*, t. I, 1885).

de *systématiques* que leur a donné le professeur G. Sée (1) dans le mémoire fondamental présenté par lui à l'Académie de médecine en 1850. Les mouvements conservent les caractères principaux que nous leur avons reconnus d'être irrésistibles, indépendants de la volonté, incessants sauf pendant le sommeil, mais les contractions musculaires ne sont plus ici contradictoires et illogiques, mais bien au contraire *régulières*, *synergiques* et *uniformes ;* en un mot ils sont *systématisés* dans un certain ordre et se reproduisent toujours avec le même caractère dans les parties du corps qui en sont affectées.

Nous diviserons les chorées rythmiques en deux groupes. Le premier comprendra les faits que l'on peut décrire avec M. Charcot sous le nom de *chorée hystérique rythmique*, qui constituent en réalité la *grande chorée*. Ces faits sont loin de correspondre tous à une description symptomatique univoque et, à côté de ceux où la chorée est plus ou moins généralisée, on en trouve d'autres où la grande névrose hystérique ne se traduit que par des phénomènes localisés aux membres, à certaines parties de la face et du tronc : la différence ne nous paraît pas suffisante cependant pour établir des divisions. Nous verrons qu'il serait peut-être préférable de faire des catégories à part, au moins au point de vue clinique, pour les faits où les manifestations choréiques sont *continues* et pour ceux où les mouvements caractérisques, en dehors de certains phénomènes spéciaux, reviennent à intervalles plus ou moins éloignés, *par accès*.

(1) G. Sée, *De la Chorée* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, 1850, t. XIV).

Ces derniers faits nous serviront précisément de transition pour arriver à notre deuxième groupe qui comprendra ces phénomènes singuliers décrits par différents auteurs sous les noms de *spasme saltatoire,* de *crampes réflexes statiques* ou *saltatoires.*

1° *Chorée rythmique hystérique. — Grande chorée.*

C'est à M. le professeur Charcot, avons-nous dit, que nous devons une exacte description de cet état pathologique.

Il s'agissait, dans le cas présenté par lui, d'une jeune fille de dix-neuf ans, Louise [Gl., hystéro-épileptique, dont l'histoire clinique se trouve consignée tout au long dans Bourneville et Regnard (1). Nous ne pouvons que brièvement rapporter les traits principaux de sa chorée, renvoyant d'ailleurs aux leçons de M. Charcot ou au livre de Richer pour l'examen de plusieurs dessins qui feront saisir beaucoup mieux qu'une description l'étendue et le caractère des mouvements qu'elle présentait.

Les mouvements rythmés occupaient la face, le tronc, le bras et la jambe exclusivement du côté droit et consistaient, dans leur ensemble, en une sorte de salutation qui est ainsi décrite par M. Bourneville : la tête et le tronc se portent en arrière et vont toucher le lit et l'oreiller ; en même temps : 1° le bras se colle au tronc ; l'avant-bras, qui était allongé, se fléchit ; la main, qui était en supination, se met en pronation, se fléchit

(1) Bourneville et Regnard, *Iconographie photog. de la Salpêtrière,* t. II, p. 122-186.

et vient toucher l'épaule ; 2° le membre inférieur qui était allongé se fléchit, la cuisse sur le bassin, et la plante du pied tout entière frotte sur le lit.

Ceci constitue pour ainsi dire *un premier temps ;* alors on note des grimaces limitées à la moitié droite de la face ; les paupières droites se ferment, les muscles du cou à droite se convulsent ; elle se plaint de tiraillements dans la tempe droite et dans la moitié correspondante du cou. Après un court arrêt survient un *second temps :* la tête se fléchit venant s'appliquer sur la région sternale ; le tronc s'incline en avant, est vertical, puis s'infléchit de telle façon que le front arrive à quelques centimètres des genoux. Simultanément le bras et la jambe du côté droit s'allongent ; le bras et la jambe du côté gauche demeurent tranquilles pendant toute la durée de ces mouvements qui se reproduisent avec un rythme très régulier (30 à 40 salutations par minute, ce chiffre pouvant d'ailleurs s'élever jusqu'à 80).

M. Charcot fait remarquer que le mouvement du bras était analogue à celui qui se produit dans le mode de natation dit *coupe marinière;* de ce fait on aurait pu dire la chorée *natatoire.* Lorsqu'on faisait lever la malade, elle arrivait avec le secours d'un bras à faire quelques pas et progressait alors avec un balancement rythmé général, un mouvement cadencé du côté droit comme si elle eut dansé une mazurka ; on aurait pu alors donner à sa chorée l'épithète de *saltatoire.*

Les mouvements persistaient toute la journée, ne cessaient que pendant le sommeil et reparaissaient au réveil après avoir été précédés d'une rigidité complète, mais transitoire. Ils disparaissaient momentanément

sous l'influence de la compression ovarique (ce qui apportait une nouvelle preuve de leur nature hystérique) et cessèrent au bout de quinze jours sous l'influence d'inhalations de nitrite d'amyle.

Les faits de ce genre, sans être absolument rares, ne se rencontrent pas cependant d'une façon courante. Il faut faire remarquer aussi que ceux qui ont été rapportés autrefois n'ont pas été examinés avec la rigueur scientifique que M. Charcot a introduite dans l'étude des maladies nerveuses et en particulier de l'hystérie. Ces réserves faites, nous croyons qu'on peut ranger à côté du fait remarquable qui vient de nous occuper quelques observations intéressantes consignées par Briquet dans le chapitre de son traité consacré aux mouvements convulsifs survenant chez les hystériques en dehors des attaques; la plus curieuse est celle de Mlle de la B... (1).

Dans ce cas, dit Briquet, tout avait été inutile. Cette demoiselle, qui appartient à l'une des familles les plus honorables, fut prise de convulsions hystériques; le membre inférieur en totalité était pris d'un mouvement dans lequel, après une flexion forcée, la pointe du pied venait toucher le front; ce mouvement, qui avait la régularité de celui d'un pendule, était incessant, durait sans aucun répit et ne cessait que pendant le sommeil; il était tellement énergique qu'il fallait garnir le front de linges pour éviter les contusions. Cet état affligeant durait depuis plusieurs années; les médecins les plus habiles avaient échoué... Très pieuse, elle tourna toutes ses pensées vers la religion et, animée d'une confiance extrême, elle fit une neuvaine. Dès le

(1) Briquet, *Traité de l'hystérie*, 1859, p. 430 et suiv.

premier jour il y eut de l'amélioration et l'état convulsif cessa complètement pendant la cérémonie, lorsqu'au dernier jour Mlle de la B... voulut être transportée à l'église des Lazaristes. La guérison se maintint.

Trousseau, dans la leçon qu'il a consacrée aux chorées et à la toux hystérique (1), rapporte dès le début trois observations qui appartiennent évidemment à la chorée rythmique hystérique ; les malades de Trousseau présentaient un phénomène auquel celui-ci attribue une certaine valeur diagnostique. Elles pouvaient momentanément arrêter leurs convulsions : l'une d'elles pouvait saisir un objet sans peine, en arrivant droit au but, et elle ne le lâchait pas une fois qu'elle le tenait ; l'autre pouvait rester deux heures au piano, « jouer parfaitement et aussi régulièrement que possible, sans perdre la mesure, sans manquer une note. »

La même chose avait lieu aussi dans un cas de Murchison, rapporté par Handfield Jones et cité par Charcot. Dans ce fait comme dans celui que nous avons cité au début, les mouvements choréiques étaient limités à un côté du corps et étaient interrompus par des accès dans lesquels l'agitation faisait momentanément place à une rigidité passagère. Le malade pouvait aussi arrêter ses mouvements, ou au moins les modérer, par un effort de volonté. Cette influence de la volonté ne se rencontre pas toujours et elle manquait dans les cas de Briquet et de Charcot, mais elle a une grande importance, car nous la verrons devenir un phénomène capital dans les tics convulsifs, même lorsque ceux-ci ont acquis leur maximum d'intensité.

(1) Trousseau, *Clin. de l'Hôtel-Dieu*, 5e éd., t. II, p. 272.

Nous pourrions rapporter d'autres cas de grande chorée empruntés à Puccinoti (1), à Cantani (2), à G. Sée (3), à Jessop (4), etc., mais ces faits ne nous apprendraient en réalité rien de nouveau. D'ailleurs nous avons déjà dit que ceux de Cantani ne nous paraissent pas pouvoir être utilisés et le cas de M. Sée est une forme très atténuée.

Nous avons dit que la chorée rythmique hystérique était assez rare. M. G. Sée donne un relevé d'une vingtaine de cas dont la valeur est très inégale, et Briquet, qui avait vu un si grand nombre d'hystériques, écrit qu'il n'a guère observé que douze cas se rapportant à notre sujet. Encore s'agit-il dans ces indications de chorées hystériques généralisées ou partielles, ces dernières, qu'il nous reste maintenant à passer en revue, étant certainement les plus fréquentes.

Une de celles qu'on a le plus souvent occasion d'observer est la *chorée rotatoire*. Dans ces cas, la tête est incessamment portée d'un côté à l'autre et cela avec une telle régularité que la plupart des auteurs ont comparé les mouvements aux oscillations d'un pendule. Un grand nombre de ces faits ont été réunis dans un mémoire fort instructif de G. E. Paget (5) et dans celui de Roth (6) ; nous ne ferons qu'en signaler quelques-

(1) Puccinoti, *Ann. Méd.-Psych.*, 1846.

(2) Cantani, *loc. cit.*, observations III et IV.

(3) G. Sée, *De la chorée électrique (Sem. méd.*, 1884, n° 10).

(4) Jessop, *St-Barthol. Hosp. Rep.*, 1880.

(5) G.-E. Paget, *Observations de mouvements rythmiques spasmodiques (Edinb. Med. and Surg. Journ.*, janvier 1847 et *Arch. gén. de médecine*, 1847, t. XV, 4e série).

(6) Roth, *Hist. de la Musculation irrésistible ou Chorée anormale*, Paris, 1850.

uns, notre but n'étant pas ici de reproduire fidèlement toutes les observations publiées, mais seulement de montrer autant que possible ce qu'il y a de caractéristique dans ces phénomènes.

Ch. Bell (1) a vu une jeune fille de dix-neuf ans, à la suite d'un coup sur la poitrine, être prise de mouvements de rotation latérale de la tête se renouvelant vingt-deux fois par minute, durant la nuit (?) et le jour, sans autre accident convulsif. Ces mouvements persistèrent assez longtemps, puis disparurent lorsque survinrent chez la malade des accidents d'hystérie, fait qui ne laisse aucun doute sur leur nature. Abercrombie (2) a vu une jeune femme, dont les règles étaient irrégulières et peu abondantes, être prise de ces mouvements de rotation qui durèrent sans relâche pendant trois semaines et se répétèrent pendant quatre ans à intervalles de quelques semaines. Ils disparurent subitement et d'une manière définitive lorsque la menstruation devint plus régulière et plus abondante.

Quelquefois, et c'est là un point qui mérite de fixer notre attention, ces accès plus ou moins permanents de rotation de la tête s'accompagnent d'une disposition bizarre à la loquacité, à la répétition des mots ou à l'émission de sons singuliers. Un malade de Holland (3) éprouvait, un instant avant que se produisit l'accès de rotation, un besoin irrésistible de parler; il parlait vivement et d'une façon incohérente : il avait conscience de cette loquacité et de l'absurdité des paroles

(1) Ch. Bell, *Nervous system*, obs. LXXV, 1830, cité par Paget.
(2) Abercrombie, *Diseases of the brain*, obs. CLVIII, cité par Paget.
(3) Holland, cité par Paget.

qu'il prononçait, mais il lui était impossible d'y résister. Ce malade guérit au bout de cinq mois. Bright a vu une jenne fille de dix-huit ans qui, depuis dix mois, à la suite d'une émotion morale, répétait incessamment : *Hélas! hélas!* à des intervalles réguliers de trois secondes. Magendie (1) a rapporté le cas d'une femme qui criait incessamment : *Non! non! non!* et qui accompagnait ces exclamations de mouvements négatifs de la tête que rien ne pouvait arrêter. De même encore on trouve dans Abercrombie (2) l'histoire d'une malade qui, outre des symptômes ressemblant à ceux de la chorée, avait des paroxysmes pendant lesquels elle prononçait le mot : *Echum! echum!* avec une grande rapidité ; l'intelligence était intacte, mais tout ce qu'elle pouvait faire était de changer son exclamation si on le lui demandait.

Ici nous devons faire une restriction : si les premiers cas peuvent bien appartenir à l'hystérie, le peu de renseignements que nous avons sur le fait d'Abercrombie permet le doute. Peut-être ce cas serait-il mieux à sa place rangé dans une catégorie de tics convulsifs que nous apprendrons ultérieurement à connaître, que considéré comme un cas de chorée hystérique. Le mouvement rotatoire, d'ailleurs, n'est pas spécial à la chorée hystérique et nous le retrouverons plusieurs fois, notamment dans le tic de Salaam.

Dans les cas que nous venons de citer et qu'on pourrait certainement multiplier, la rotation est simple, mais il est fréquent de la voir accompagnée de mouve-

(1) Magendie, *Leçons sur les maladies du système nerveux.*

(2) Abercrombie, *loc. cit.*

ments dans d'autres muscles. La face par exemple, peut être prise en même temps et des contractions rythmiques se produire du côté des yeux ou de la bouche, contractions qui, pour le dire en passant, peuvent aussi exister par elles-mêmes d'une façon indépendante; on trouve cités des faits dans lesquels les convulsions rythmiques atteignaient également les muscles de la langue, d'autres où il s'agit de groupes musculaires isolés. Les convulsions rythmiques des grands droits de l'abdomen ne sont pas très rares; nous en avons vu un cas chez un jeune soldat et notre ami Dubreuilh nous en a communiqué une observation recueillie chez une hystérique.

On peut voir également le tronc participer au mouvement de rotation, comme dans un fait emprunté à R. Hunter (1), que nous trouvons encore dans le mémoire si riche de Paget (obs. III). Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-trois ans, qui depuis six à sept ans avait tous les jours des convulsions, excepté pendant le sommeil. Couchée sur le dos, sa tête allait alternativement d'un côté à l'autre; couchée sur le côté elle présentait des *vibrations* dans le côté opposé. Tout à coup survenait un accès : elle se mettait sur son séant et alors les mouvements de rotation devenaient furieux, entraînant la tête et le corps avec une rapidité effrayante; au bout d'une demi-minute, on voyait des mouvements alternatifs du tronc en avant et en arrière; la tête était entraînée brusquement jusque vers les genoux et en arrière jusque sur l'oreiller; le tout était suivi au bout d'une autre demi-minute d'une sorte d'affaisse-

(1) R. Hunter, *Edinb. Med. and Surg. Journ.*, t. XXIII, cité par Paget.

ment de courte durée. Des révulsifs amenèrent rapidement une guérison qu'on avait cherchée par une foule d'autres moyens.

Ces mouvements alternatifs de flexion et d'extension de la tête et du tronc, ces *salutations*, comme on dit à la Salpêtrière, nous ramènent par un point à l'observation qui nous a servi de point de départ. Elles sont parfois prédominantes et si on tenait à exprimer par un mot le caractère qu'elles impriment à cette chorée rythmique, on pourrait les désigner sous le nom de *chorea nutans*.

D'autres fois le mouvement rythmique des muscles du cou s'accompagne de mouvements analogues dans les membres supérieurs ou inférieurs. C'était le cas, par exemple, chez une hystérique déjà âgée, dont Sutherland (1) a rapporté brièvement l'histoire : cette femme, qui avait antérieurement présenté des phénomènes choréiques, fut prise d'accidents tétaniformes, puis choréiformes, après s'être enfoncé un clou dans le pied. Au moment où S. la vit, il y avait six mois que sa tête faisait sans rémission des oscillations d'un côté à l'autre. De temps en temps les mouvements s'étendaient aux extrémités, en gardant une certaine prédominance pour la jambe gauche.

Il en était de même dans un cas du professeur Hardy (2) : une jeune fille de dix-neuf ans, hystérique, mais sans grandes attaques, présenta pendant la convalescence d'une pneumonie double des mouvements rythmiques, ne cessant pas complètement pendant le sommeil et qui, d'abord limités à la tête et au membre

(1) Sutherland, *Hyster. chorea (J. Ment. Sc.*, 1879, p. 398 et 443).
(2) Hardy, *Chorée malléatoire chez une hystérique (Gaz. hôp.*, 1880).

supérieur droit, envahirent successivement le bras gauche et les deux membres inférieurs. A ce moment, quand on levait cette jeune fille ou qu'on l'asseyait, elle battait continuellement la mesure avec les deux pieds par une série de mouvements semblables à ceux qui servent à faire marcher une machine à coudre. Le bruit qu'elle faisait la fatiguait et fatiguait ses voisins, de sorte qu'on était obligé de lui mettre un coussin sous les pieds. Elle devint ensuite cataleptique.

C'est à ces faits dans lesquels il y a des mouvements des bras, associés ou non à d'autres gesticulations rythmiques, qu'on a donné le nom de *chorée malléatoire*, qui signifie à proprement dire que les mouvements imitent ceux du forgeron (*malleator*) frappant sur son enclume. Mais ils ne rappellent pas toujours le même acte professionnel : nous avons déjà vu que la chorée était *natatoire* chez la malade de M. Charcot. D'autres sujets imiteront les mouvements des rameurs et Briquet dit avoir vu une jeune fille qui battait la mesure avec son bras droit, en tenant toujours l'index tendu : c'était une élève musicienne.

Lorsqu'au contraire les mouvements occupent les membres inférieurs et qu'il semble que la malade saute ou danse, la chorée est dite *saltatoire*.

Nous devons faire remarquer qu'il est un certain nombre de cas (1) rapportés sous le nom de chorée rotatoire, vibratoire, etc., et dont nous n'avons pas tenu compte parce qu'ils s'accompagnaient de lésions de la protubérance, des pédoncules ou du cervelet (cas d'Andral, Magendie, Serres, Belhomme, etc.).

(1) G. Sée, *loc. cit.*, note de la page 464

Ces faits nous serviront lorsque nous dirons un mot de la physiologie pathologique des mouvements choréiques, mais nous ne croyons pas plus avoir à les décrire dans ce chapitre que nous ne nous occuperions du ramollissement de l'écorce et des paralysies qui en sont la suite si nous avions à traiter de la paralysie hystérique.

Parmi les points intéressants à signaler dans ces chorées hystériques, il faut noter ce fait qu'elles surviennent fréquemment à la suite d'une attaque et qu'elles représentent habituellement les mouvements de la deuxième période (période des contorsions et des grands mouvements) de l'attaque hystéro-épileptique.

Dans le cas de M. Charcot, cette attaque avait été de courte durée et non suivie du sentiment de détente habituel après l'accès. Il est à remarquer aussi que c'est précisément à la suite de ces attaques que l'on voit le plus souvent s'installer les autres troubles musculaires persistants comme les contractures ou les paralysies : l'*hystéro-chorée* rentre par ce côté dans la catégorie des hystéries locales.

La chorée hystérique se rencontre cependant assez fréquemment en dehors de l'hystérie convulsive : on peut alors la voir se développer sous l'influence d'une vive excitation du système nerveux, douleur, émotions vives, etc., ou à la suite d'une maladie grave. Assez souvent les chorées que l'on observe chez les femmes grosses sont des chorées hystériques.

Les mouvements présentent un caractère rythmique sur lequel nous avons suffisamment insisté pour n'y pas revenir. Toutefois, M. Charcot a fait remarquer que toutes les chorées hystériques ne sont pas pour cela

nécessairement rythmiques. Il rapporte l'histoire d'une malade qui n'était pas moins hystérique que celle qui lui avait servi de type, chez laquelle la compression de l'ovaire arrêtait les mouvements, et qui avait des gesticulations absolument semblables à celles de la chorée de Sydenham.

Le sommeil arrête les mouvements choréiques et si dans quelques observations on dit qu'ils persistent *jour et nuit*, c'est moins un terme précis qu'une locution banale pour marquer leur ténacité. Souvent il existe un peu de douleur à la pression au niveau des muscles en action, mais la fatigue ne se produit que très tardivement, beaucoup plus tard certainement qu'on ne pourrait le supposer.

La chorée rythmique hystérique dure généralement plusieurs jours, quelquefois plusieurs semaines ou même plusieurs mois ; puis elle disparaît brusquement, comme toutes les hystéries locales, sous l'influence d'une cause très variable : le retour des règles, une diversion physique ou morale (le cas de Mlle de la B... est frappant à ce point de vue), une nouvelle attaque, l'apparition d'un autre trouble hystérique comme une paralysie ou une contracture. Habituellement on n'observe pas d'attaque convulsive pendant toute la durée de la chorée.

D'après Briquet à qui nous empruntons la plupart de ces détails, si la durée est longue, la mort pourrait survenir par péuisement, à la suite des ulcérations qui se produisent sur les points incessamment frottés, de la perte de l'appétit, etc. Le fait est au moins exceptionnel ; les mouvements choréiques prolongés pourraient être suivis de tics persistants.

En parlant des chorées épidémiques, nous avons parlé du rôle que l'*imitation* avait joué dans leur développement, leur propagation et leur persistance; pour être moins fréquente, elle n'est pas moins évidente dans un certain nombre de faits qui se passent de nos jours. Sans remonter jusqu'à Dorfmüller (1) qui a rapporté une observation de grande chorée se communiquant à cinq enfants d'une même famille et à deux domestiques de la maison, nous citerons l'épidémie toute récente observée en 1882 par M. Bouzol (2). Dans un petit village de l'Ardèche, à Albon, une jeune fille, employée comme dévideuse dans une fabrique de soieries, présenta pendant quelque temps des phénomènes que l'on peut rapporter à la grande chorée, bien qu'ils fussent assez localisés et rapidement quatorze malades (12 jeunes filles de 10 à 25 ans et 2 petits garçons) furent atteints de la même affection.

Au milieu de symptômes hystériques que M. Bouzol s'est attaché à mettre en lumière, on notait des accès dans lesquels les mouvements respiratoires se succédaient avec une rapidité extraordinaire, en même temps que des contractions coordonnées, régulières et symétriques se montraient dans les muscles du cou et du moignon de l'épaule. En dehors des accès, il y avait quelques mouvements plus irréguliers, notamment dans les muscles sus et sous-épineux et grand pectoral. La guérison fut rapidement obtenue par l'isolement et des injections sous-cutanées de pilocarpine et d'apomorphine.

(1) Dorfmüller, *Hufeland's Journ.*, t. XLV, p. 101.

(2) Bouzol, *Rel. d'une épidémie à phénomènes hystéro-choréiques (Lyon méd.*, 1884, t. LVII).

Les faits de chorée rythmée qu'il nous reste à examiner se présentent avec un aspect clinique assez spécial pour que nous leur accordions une place à part, bien qu'ils ne nous paraissent pas, dans leur essence même, différer absolument des précédents. Comme eux ils sont liés à l'hystérie ou d'origine hystérique, mais on peut se demander parfois s'ils n'ont pas fini par s'en détacher et former une espèce à part.

C'est encore à M. Charcot qu'on doit d'en avoir fait comprendre l'importance et la signification : on peut dire que si des faits du même genre avaient été observés par d'autres cliniciens, à coup sûr ils n'avaient pas été dégagés et vus sous leur véritable jour.

Cette variété de grande chorée est plus complexe encore que la première, et, plutôt que d'entreprendre la tâche difficile d'en donner la symptomatologie, nous préférons en rapporter quelques exemples empruntés à Charcot et à Paget. Nous indiquerons toutefois le point particulier qui nous permet de la séparer cliniquement : c'est qu'elle revient *par accès*, spontanés ou provoqués, dans l'intervalle desquels la tranquillité peut être absolue, tandis que, dans le premier cas, la chorée rythmique est régulièrement *continue*, coupée seulement par des exacerbations passagères.

Observation (1). — La nommée Floret, âgée de 26 ans, est à la Salpêtrière depuis six mois. Elle a été mariée deux fois, d'abord à 18 ans, puis à 20 ans. Elle a eu trois enfants. Elle est d'un caractère, irritable

(1) Charcot, *loc. cit. (Progrès méd.,* t. I, 1885, nº 13. — Nous sommes heureux de pouvoir remercier ici M. le professeur Charcot qui, avec son obligeance et sa libéralité habituelles, a bien voulu nous donner ses observations et les photographies représentant les phases de l'attaque de Floret. Celles-ci ont été prises par M. Londe.

mariée à un ouvrier, brave homme d'ailleurs, mais dont les fréquentes incartades sont le sujet de vives querelles dans le ménage.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires non plus que personnels. Il y a trois ans, à la suite de sa dernière couche, a commencé à éprouver les troubles suivants : souvent après le dîner elle ressentait dans la région de l'estomac une sorte de gonflement avec pulsation, puis, au cou, la sensation de boule. Elle tombait alors dans une espèce d'état lipothymique avec engourdissement général et l'accès se terminait par une crise de larmes. Elle eut aussi à cette époque des crachements et des vomissements de sang d'origine nerveuse. Elle présentait aussi une légère hémianesthésie droite, aujourd'hui passée à gauche, sans modifications du champ visuel ni autres troubles sensoriels. Jamais d'ovarie. Ce sont là des stigmates pouvant permettre d'affirmer la nature ou au moins l'origine de son affection présente.

Le début des crises de mouvements rythmés remonte au 15 mai 1884. Ils se sont produits pour la première fois à l'occasion d'une dispute survenue pendant la période menstruelle et à la suite d'une de ces attaques vulgaires qu'elle avait après dîner. Puis la chorée se constitua en permanence, les crises survenant à toute heure, excepté pendant le sommeil. Les accès duraient de une heure à une heure et demie, séparés par des intervalles d'abord courts, mais qui, au bout de quelques semaines, devinrent de plus en plus éloignés et aujourd'hui ils sont très rares spontanément. Dans ce cas, ils surviennent le plus souvent à la suite des repas, sans autre aura qu'un battement de la paupière droite.

Les crises provoquées s'obtiennent en tirant sur le bras droit ou frappant à l'aide d'un marteau sur les tendons rotuliens. Dans le cas où c'est le bras qui a été excité, immédiatement ce bras part, animé de mouvements cadencés, rapides, dans lesquels la malade semble battre des œufs. Puis elle fléchit les doigts de la main gauche, en applique la pulpe sur le pouce et, élevant le bras, fait le geste de l'orateur qui démontre *(fig. 1)*; en même temps sa tête s'agite violemment de droite à gauche, et les premiers mouvements se montrent dans le pied gauche dont le talon se soulève et s'abaisse régulièrement en frappant le sol. Tout à coup elle change de pied et les mouvements cadencés s'exécutent dans le membre inférieur gauche *(fig. 2)*. Après avoir ainsi pendant un instant dansé alternativement sur chaque pied, elle semble se calmer un peu, les mouvements limités au côté gauche sont moins étendus et ceux de la main sont semblables à ceux de la masturbation *(fig. 3)*; d'après l'interrogatoire ce mouve-

ment ne semble pourtant pas être chez la malade le résultat d'une fâcheuse habitude.

Le calme continue à s'accentuer ; à un moment donné, il n'y a plus qu'un mouvement peu accusé de la main droite et la malade esquisse une sorte d'attitude passionnelle : elle semble plongée dans une


1


2


3

réflexion profonde *(fig. 4)*. Mais bientôt elle repart et recommence à danser sur place *(fig. 5)* tandis que la main droite s'agite violemment puis renouvelle une attitude semblable à celle du début : elle semble ponctuer du geste une série d'arguments *(fig. 6)*.

Mais les mouvements augmentent d'amplitude et d'intensité : on


4


5


6

dirait qu'elle danse la bourrée de nos paysans ou mieux les danses frénétiques des Tsiganes ou des Zingari d'Andalousie *(fig. 7 et 8)*; les mouvements sont extrêmement rapides, 210 à la minute, et c'est à peine si on a le temps de les suivre et de les analyser. Tout à coup

le membre supérieur droit tout entier est emporté dans de grands mouvements de circumduction *(fig. 9)*. Mais déjà, depuis un instant, la malade montre qu'elle est très fatiguée ; lorsqu'elle le peut, elle porte la main à la région précordiale, comme pour empêcher les violentes palpitations dont son cœur est agité *(fig. 7)*. Finalement elle



7



8



9

tombe sur une chaise en exécutant quelques mouvements malléatoires avec le bras gauche *(fig. 10)*. Au même instant les jambes se raidissent et sont agitées d'une sorte de tremblement convulsif *(fig. 10, 11 et 12)*. La malade, complètement épuisée, tomberait même de sa chaise si on ne la soutenait à ce moment *(fig. 12)*.



10



11



12

Ce que nous venons de décrire est une attaque presque schématisée et dont nous sommes bien loin d'avoir rendu la complexité. La multiplicité et la rapidité des mouvements dépasse toute croyance. Avant la chute finale, on la voit fréquemment s'arrêter et se reposer un

moment, on croit que tout est fini, mais subitement l'attaque recommence et la malade repasse exactement par toutes les phases qu'elle vient de parcourir. La durée totale est de une à deux heures.

Pendant toute la crise, l'intelligence est intacte et la connaissance parfaitement conservée ; elle sait d'avance l'acte qui va se passer et le geste qui va se produire. Si on l'interroge, elle répond nettement, dit qu'elle ne souffre pas et se plaint seulement de fatigue et de palpitations. Après la crise on la couche et tout est fini.

En réalité, lorsqu'on se trouve en présence d'un accès aussi caractéristique, on ne peut s'empêcher de trouver que Sydenham a eu une idée malheureuse en donnant le nom de chorée à une maladie qui ressemble si peu à une danse. C'est pour des cas de ce genre que, si le mot chorée n'existait pas, il faudrait l'inventer.

Le point de départ du mémoire de G.-E. Paget a été précisément une malade de tout point comparable à Floret et nous ne pouvons résister au désir de donner son observation au moins résumée (1).

Observation (Résumée). — Une dame de 35 ans, mariée à 31, vit sa santé s'altérer à la suite d'une couche en 1842, mais il ne survint d'accidents hystériques chez elles qu'en 1844 ; ses accès (étouffements, cris, rires, sanglots) présentaient ceci de particulier qu'ils se terminaient par des sensations irrégulières de tiraillement dans les membres. A la fin de janvier 1846, elle eut des douleurs rhumatismales, puis quelques jours après apparurent les accidents rythmiques. Il y avait trois semaines qu'elle était dans cet état lorsqu'elle vint à l'hôpital.

En entrant dans la salle des malades mon attention fut de suite attirée par cette dame qui, debout au milieu des autres, saluait alternativement à droite et à gauche. Les mouvements n'étaient nullement précipités et on aurait pu les prendre pour les salutations d'une personne qui reçoit une nombreuse société, avec cette diffé-

(1) Paget, *loc. cit.*, obs. I.

rence qu'elles étaient répétées sans intermission et avec une régularité vraiment rythmique. Il lui était absolument impossible de les suspendre.

Lorsqu'elle s'asseyait les mouvements cessaient, mais elle était prise aussitôt d'un sentiment d'angoisse dans la région inférieure du sternum et elle se levait précipitamment pour y échapper, ce qui ramenait immédiatement les salutations. Je la fis asseoir de nouveau : quelques minutes après, elle fut prise de mouvements variés et violents.

D'abord son pied droit battit la terre avec violence pendant une minute ou deux, puis les deux pieds exécutèrent la même manœuvre ; ensuite elle battit la terre alternativement avec le talon et les orteils enfin, portant les deux pieds en dehors et en dedans alternativement, elle les éloignait d'environ 20 pouces et les rapprochait ensuite.

Chacun de ces mouvements dura de une à deux minutes : au dernier elle se leva subitement de sa chaise et, après plusieurs sauts, fut reprise des mouvements de salutation qu'elle exécuta avec plus de vigueur qu'auparavant. Après quoi, la jambe droite entra dans une espèce de vibration pendant laquelle elle était portée en avant et en arrière comme un pendule et cela avec la plus grande énergie. En saisissant fortement la jambe, je parvins à faire cesser ces mouvements, non sans éprouver de brusques secousses du pied et de la jambe. Deux minutes après que j'eus cessé de retenir le membre, il recommença ses oscillations et continua ainsi pendant quelques minutes, après quoi les salutations recommencèrent ; ces dernières étaient isochrones avec le pouls : il y en avait 42 de chaque côté, le pouls fournissant 84 pulsations par minute.

Elle avait quelques mouvements involontaires pendant le sommeil mais très affaiblis et moins réguliers ; la mémoire était troublée et l'énergie détruite, mais il n'y avait pas d'autres troubles intellectuels. A l'hôpital son état s'améliora, les mouvements cessèrent vingt jours plus tard avec l'apparition des règles et elle sortit guérie.

Il est regrettable que l'auteur n'ait pas donné l'histoire ultérieure de sa malade ; il est possible que chez elle on eut réussi à provoquer des accès comme chez Floret. La deuxième observation de Paget se rapporte aussi à un cas du même genre : l'apparition d'une paraplégie fit cesser les manifestations rythmées.

Un fait de K. Wood (1), cité par Roth (obs. LVII), rentre évidemment dans la même catégorie.

On peut dire que chez Floret l'hystérie est en voie de décroissance manifeste et qu'il n'en reste plus chez elle que des traces sous forme de stigmates de plus en plus atténués eux-mêmes. Il n'en est pas ainsi chez la malade de Paget qui présente des accès considérés par l'auteur comme indubitablement hystériques : M. Charcot a rapporté un cas de ce genre dans lequel il s'agissait, à côté de crises vulgaires appartenant plutôt à la petite hystérie qu'à la grande, de phénomènes de chorée rythmée, d'ailleurs atténués et réduits à leur minimum.

Observation (Résumée). — La nommée Bacq..., 29 ans, couturière, entré le 6 janv. 1885, sans antécédents névropathiques héréditaires ou personnels. A 22 ans, attaques d'hystérie dans lesquelles se montrèrent déjà les mouvements choréiques d'aujourd'hui. De 1878 à 1884, seulement quatre ou cinq crises à la suite de contrariétés. Dans l'intervalle arthrites blennorrhagiques multiples. Pas de troubles sensoriels, légère anesthésie au froid du côté gauche, point ovarien à droite. — Quand les attaques sont spontanées, début par un sentiment de gène à la région épigastrique et des palpitations; parfois, sensation de la boule. Jamais d'aura céphalique. On peut provoquer les crises en tirant sur le bras gauche et en le secouant de manière à imiter les mouvements choréiques malléatoires. Au début le bras gauche exécute des mouvements malléatoires que le droit répète bientôt après. En même temps tout le corps se raidit, la tête et les membres inférieurs restant immobiles. De temps à autre ceux-ci se mettent à trépider, les yeux restent clos ou les paupières palpitent. Par instant la malade esquisse un arc de cercle qui interrompt la monotomie de l'attaque. La pression de la région ovarienne droi fait cesser la crise.

Nous avons donc bien affaire ici à une chorée ryth-

(1) K. Wood, *Med.-Ch. Trans.*, 1816.

mée qui ne s'est pas détachée de l'hystérie et qui en est une manifestation au même titre que les faits signalés au début de ce chapitre. Mais il n'est pas impossible que les manifestations hystériques disparaissent à un moment donné et qu'il persiste seulement des mouvements rythmés constituant pour ainsi dire une maladie autonome et individualisée. C'était le cas, semble-t-il, chez une autre malade de M. Charcot, dont nous résumerons encore l'observation :

Observation (Résumée). — La nommée Deb..., âgée de 67 ans, a sa chorée depuis plus de trente ans, le début remontant à l'âge de 36 ans. A cette époque, étant en voiture avec son mari elle tomba dans un précipice avec le cheval et la voiture. Elle eut une grande frayeur, suivie d'une perte de connaissance qui dura trois heures, puis une crise convulsive, grande attaque hystérique suivie de contractures des membres à droite, puis d'aboiement. Peut-être même eut-elle à cette époque, dans le service de Lasègue, une période de sommeil léthargique. Quoi qu'il en soit, au bout de quelques mois apparurent des crises rythmées comme le sont celles d'aujourd'hui, mais qui étaient beaucoup plus intenses et beaucoup plus fréquentes. Les crises spontanées sont devenues très rares et on n'en voit plus guère que de provoquées, comme chez Floret, en tirant le bras ou en percutant le tendon rotulien. Elle ne peut coudre, le mouvement de tirer l'aiguille déterminant également les crises qu'on peut voir aussi survenir sous l'influence de l'émotion. Cette grande hystérique de jadis ne présente plus aucun signe permanent d'hystérie et on ne trouve rien autre chez elle qu'une grande émotivité et les accès de chorée rythmée.

Dans a première phase, on voit se produire les mouvements rythmés du bras, mouvements variés, malléatoires à un moment, semblables ensuite, par le rapprochement et l'éloignement successif des mains, à ceux d'un cordonnier occupé à coudre de la chaussure. A un autre moment, elle secoue frénétiquement les mains comme si elle voulait les débarrasser d'une substance gluante et adhérente. La malade a les yeux fermés.

A cette période succède une période de spasmes toniques et de torsion des bras et de la tête rappelant l'épilepsie partielle. C'est

vraisemblement là un vestige de l'attaque d'hystérie convulsive. Enfin se produisent des mouvements cadencés de la tête à droite et à gauche, mouvements rapides et échappant à toute interprétation, car ils ne répondent à rien de physiologique. En même temps la malade émet une sorte de cri ou mieux de chant, de plainte modulée, toujours la même, dans laquelle on retrouve le caractère de coordination, d'adaptation apparente propre à la chorée rythmée.

La crise cesse alors spontanément ou bien après un temps d'arrêt l'accès se reproduit avec les phénomènes toujours les mêmes. La malade éprouve une sensation de fatigue très pénible. — Pendant toute la durée de la crise, elle ne perd pas un instant connaissance.

Ce fait intéressant de la persistance de la connaissance pendant l'accès, s'accompagne d'un phénomène plus intéressant encore au point de vue psycho-physiologique : Lorsque Floret va exécuter un grand mouvement et qu'il y a auprès d'elle une personne qu'elle pourrait atteindre violemment, elle la prévient de prendre garde avant le début du mouvement. Il semble donc, dit M. Charcot, que l'acte soit précédé d'une représentation mentale qui prévient la malade de ce qui va se passer. Nous pourrions en trouver une preuve dans ce fait que la représentation, non plus subjective et psychique, mais objective et matérielle d'un mouvement faisant partie de l'attaque, peut amener aussitôt la reproduction de ce mouvement. M. Charcot ayant bien voulu nous montrer une attaque chez la nommée Deb..., nous faisait remarquer que chez elle, non seulement les accès diminuaient de fréquence et d'intensité dans leur ensemble, mais que certaines parties de l'attaque disparaissaient; en disant cela, il imitait les mouvements de tête dont nous avons parlé dans l'observation et qui effectivement manquaient dans l'accès provoqué devant nous. Immédiatement Deb... reprit la

série complète de ses mouvements, y compris ceux de la tête, en expliquant spontanément que la vue seule de ces mouvements l'obligeait, malgré elle, à les reproduire. La reproduction de l'impression se fait sans que le centre de la volition intervienne.

Nous retrouverons plus loin des faits de ce genre (écholalie, échokinésie).

Dans les cas où l'hystéro-chorée s'enracine ainsi chez la malade, elle constitue une affection des plus graves, non qu'elle menace directement la vie, mais parce qu'elle peut persister très longtemps et devenir horriblement gênante, empêchant les malades de se livrer à aucune occupation et les obligeant à s'éloigner du monde en raison de l'effroi qu'inspirent les attaques et du sentiment de répulsion dont ces malheureuses se sentent l'objet (Charcot).

Toutefois, la prognose n'est pas toujours aussi grave et lorsque le lien qui rattache la chorée à l'hystérie est encore manifeste, on peut espérer qu'un traitement approprié les amendera l'une et l'autre et même les fera disparaître.

Il résulte de tout ce qui précède que nous avons de la tendance à toujours rattacher la grande chorée à l'hystérie, présente ou passée. Nous nous éloignons donc par là de l'opinion des auteurs allemands qui, comme Ziemssen, la considèrent comme un résultat possible de l'hystérie, de la simulation, des affections cérébrales et des psychoses vraies, aussi bien de ceux qui, à l'exemple de O. Berger (1), en font une entité morbide absolument indépendante.

(1) O. Berger, *Ueber Catalepsia und Chorea Major* (*Bresl. Ærz Zeits.*, 1880).

2° *Spasme réflexe saltatoire.*

Nous n'avons pas accordé de place jusqu'ici à ce que certains auteurs ont désigné sous le nom de *chorée procursive*, *chorea festinans*, et qui dans leur esprit correspondait au *scélotyrbe festinans* de Sauvages. Une partie de ces faits, appartenant aux *mouvements musculaires involontaires* de Wicke, à la *musculation irrésistible* de Roth, et même aux *impulsions locomotrices systématisées* de Jaccoud (1), ont été recueillis avant que l'histoire de la paralysie agitante eût été dégagée par les travaux de l'École de la Salpêtrière : pour nous, ils rentrent dans le cadre de la maladie de Parkinson.

Toutefois, nous devons dire quelques mots de phénomènes singuliers dont la première description a été donnée en 1859, par Bamberger, sous le nom de *Saltatorischer Reflexkrampf;* c'est à des faits du même ordre que Gowers a donné le nom de *spasme saltatoire* (*saltatoric spasm*) adopté par Zuber dans une courte description du Dictionnaire encyclopédique (2). On les a encore appelés *tremblement saltatoire* (Petrina) et *crampes réflexes statiques* (Erlenmeyer).

Ces faits sont encore peu nombreux, aussi pourrons-nous les énumérer rapidement en donnant leurs caractères essentiels : on les trouve réunis pour la plupart dans le mémoire tout récent d'Erlenmeyer (3).

(1) Jaccoud, *Leç. de cliniques faites à la Charité*, 3e éd., 1874, p. 486
(2) Zuber, art. SPASME SALTATOIRE, in *Dict. encycl.*, 1881.
(3) Erlenmeyer, *Ueber statische Reflexkrämpfe*. Leipzig, 1885. (C'est un tirage à part assez augmenté d'un article du *Centralb. f. Nervenh.*, 1885).

N° 1. (Bamberger, *Saltatorischer Reflexkrampf, eine merkwürdige Form von Spinal Irritation* in *Wien. Med. Wchsch.*, 1859, n° 4 et 5). H., 19 ans, convalescent de pneumonie. La première fois qu'il voulut se lever, au moment même où ses pieds touchèrent le sol, il fut projeté violemment en l'air; dès qu'il retomba, il fut rejeté en l'air avec la rapidité de l'éclair *(blitzschnell)*. Secousses violentes dans le décubitus dès que ses pieds touchaient la planche de son lit ou si on lui chatouillait la plante des pieds. — Volonté sans action sur les crampes. Musculature intacte, pas de point apophysaire douloureux. Toutes les autres fonctions intactes. — Quelques jours après il s'ajoute : mouvements de la face et de la langue, tachycardie, dyspnée, alternatives de dilatation et de constriction des deux iris, tremblements spontanés du pied, exagération de l'excitabilité reflexe. Guérison en 18 jours.

N° 2. (Bamberger, *eod. loc.)*. F., 30 ans, cuisinière, atteinte d'ulcère rond. Spasme saltatoire très rapide; c'est à peine si elle a touché le sol qu'elle est déjà rejetée en l'air, et cela aussi longtemps qu'elle veut rester debout; la face est grimaçante. Palpitations. Les muscles du tronc sont pris et courbent le malade tantôt à gauche, tantôt à droite. Après l'attaque, état tétanique de tout le corps avec tremblements de certains muscles durant un quart d'heure. Sensibilité normale. Douleur à la pression sur les 8e, 9e, 10e vertèbres dorsales. Le chatouillement de la plante des pieds ne détermine aucun mouvement; mais ceux-ci apparaissent dès qu'elle appuie fortement les pieds sur les barreaux. Au bout d'un an, elle eut une *attaque soudaine de catalepsie* qui dura plusieurs jours. Durée indéterminée.

N° 3. (Beigel. *Trad. allem. de Reynolds, Erlangen,* 1865, *Appendice à l'art.* ÉPILEPSIE, p. 119). H., 27 ans, fait des excès de marche; quelques jours après un peu de faiblesse dans les pieds; puis, au bout de six mois, accès de spasme saltatoire revenant deux ou trois fois dans la journée. Le malade, debout sur ses pieds, s'élance en l'air par des efforts rythmiques d'abord lents, puis de plus en plus vifs. Les bras prennent part aux mouvements, et c'est tantôt par eux, tantôt par les pieds, tantôt par les deux à la fois que les attaques commencent. Il peut changer de place pendant l'accès et gagner son lit en sautant. Jamais de crises quand il est couché. — Amélioration par un traitement thermal.

N° 4. (P. Guttmann. *Ein merkw. Fall von sogen. Saltator. Krämpfen* in *Berl. klin. Wochens.*, 1867). H., 46 ans. Début des accidents il y a trois ans; mais ils n'ont une véritable intensité que depuis un an. Il est pris tout à coup en marchant par l'accès pendant lequel il est

projeté à un pied du sol et rebondit chaque fois qu'il touche terre, la scène continue jusqu'à ce qu'il ait trouvé un appui. Les accès ne se reproduisent pas lorsqu'il est assis ou couché, même s'il appuie fortement les pieds par terre ou sur les barreaux de son lit. Mais il a des vertèbres douloureuses et *la pression sur celle-ci détermine un accès atténué*. Avant l'attaque, il éprouve une sorte de *tiraillement* dans les cuisses, les muscles du tronc et de la nuque ; si le malade perçoit cette aura et a le temps de s'asseoir, l'attaque avorte. Sensibilité normale. Cinq ans plus tard le malade, toujours dans le même état, mourut de fièvre typhoïde.

Nº 5. (Eulenburg, *Lehrb. d. funct. Nervenkrankh.*, 1871, p. 697). F., 19 ans. Début par une grande frayeur (tentative de viol) il y a un an. Elle frappait le sol du pied lorsqu'elle se levait de table et courbait fortement le tronc en avant. Assise, on pouvait déterminer *des crampes* (jamais spontanées) en frappant sur les apophyses épineuses à la partie inférieure du cou et supérieure du tronc. Pas d'autres troubles.

Nº 6. (Anton Frey, *Ueber den saltat. Reflexkranpf* in *Arch. f. Psych.*, 1876). H., 70 ans, atteint de bronchorrée et de catarrhe gastrique. — Cas très peu net. — Début par *tremblement* (Zittern) qui, en 10 jours, s'étend à tous les membres et empêche la station debout. On constata jusqu'à 300 mouvements par minute. Aux membres inférieurs, *sautillements* dus à la contraction des muscles du mollet. Tout cessait quand il s'asseyait. — Durée très longue.

Nº 7. (P. Guttmann, *Ein Fall von saltat. Reflexk.* in *Arch. f. Psych.*, 1876). H., 19 ans 1/2, soldat. Après une exposition au froid : céphalalgie, vertiges, tremblement des pieds, douleurs au niveau des vertèbres et des muscles du mollet, contracture des extenseurs des orteils. Puis phénomènes de saltation. Un saut se produit dès que la plante des pieds touche le sol et se répète incessamment en devenant chaque fois plus élevé (10 à 15 centim. et au-dessus) : ces sauts sur lesquels la volonté n'a aucune influence se continuent de plus en plus fort jusqu'à ce qu'il tombe épuisé. Les mouvements sont localisés dans les muscles du mollet et de la cuisse. Assis ou couché la pression forte des pieds sur le sol ou le bois de lit amène des contractions cloniques, mais plus faibles que dans la station. Même résultat par l'excitation cutanée de la plante du pied, le phénomène se propageant à l'autre jambe. Rien autre : la pression sur les vertèbres sensibles ne détermine rien. Guérison au bout d'un an.

Nº 8. (Chouppe, *Contracture des membres inf. provoq. par la marche* in *Soc. de Biol.*, 1877). H., 35 ans. Dès qu'il a parcouru 50 ou

60 mètres, les extenseurs des cuisses et des jambes se contractant brusquement lui font faire un saut de 20 à 25 cent. et restent contracturés un instant, puis tout rentre dans l'ordre. La marche peut n'être plus troublée ou un nouveau saut revient au bout de quelques minutes.

N° 9. (Gowers, *On saltatoric spasm*, in *Lancet*, 1877, 2). F., 21 ans, hystérique. Début par une vive émotion. Rien lorsqu'elle est assise. Si elle cherche à se lever, il survient des crampes qui soulèvent le corps 2 à 3 fois par seconde ; les talons seuls se soulèvent, les orteils restent fixés au sol. Les membres supérieurs sont indemnes. Douleurs au niveau des reins et non des muscles. Lorsqu'elle est couchée, un coup un peu fort sur la plante des pieds détermine quelques légers mouvements cloniques. Plus tard les crampes s'étendirent au tronc et à la tête et survinrent dans l'acte de s'asseoir ou de s'agenouiller. Après 8 mois de durée, tout disparut brusquement, puis il y eut une récidive de 7 mois qui fut la dernière.

N° 10. (Gowers, *eod. loc.*). F., 10 ans, à la suite d'une attaque épileptoïde, présente de la cécité et offre, dans la station debout, des oscillations qui cessent lorsqu'elle s'assied. Si elle veut se mettre debout, mouvements cloniques dans les cuisses qui font osciller le tronc tout entier, sans que le pied quitte la terre, les mouvements se passant dans la hanche et le genou, et n'affectant pas la jambe. Le soir du deuxième jour un bain chaud fit tout disparaître.

N° 11. (Petrina, *Ueber Tremor saltatorius und acute Ataxie, etc.*, in *Prag. med. Wochens.*, 1879). F., 23 ans ; un mois après un accouchement, tremblement intentionnel qui va rapidement en s'accentuant et s'accompagne d'exagération des réflexes, surtout du réflexe rotulien. Au bout de quelques jours spasme saltatoire qui augmente rapidement et qui soulève la malade comme dans les cas précédents à quelques pouces du sol ; aux cuisses, irritabilité réflexe exagérée des muscles et de la peau. Les réflexes diminuèrent en même temps que les phénomènes saltatoires et disparurent complètement ; à ce moment, symptômes rappelant absolument ceux de l'ataxie qui disparurent en quelques semaines sous l'influence de l'électricité.

N° 12. (Oserezkowsky, *Vratch* et *Centr. f. Nervenh.*, 1881). H., 27 ans, soldat, atteint de paludisme à forme grave. Ici encore crampes de la cuisse et de la jambe pendant la marche qui obligent le malade à fléchir sur les genoux et à sauter. Les mouvements se passent surtout dans le genou et la hanche et très peu dans les articulations du pied : les orteils ne quittent pas le sol ; corps entier penché en avant à chaque mouvement. Guérison en 3 mois 1/2.

N° 13. (Jacob, *Case of saltatory and general clonic spasm* in *Brit. Med. Journ.*, 1882, I, p. 735). H., 27 ans. Il y a 4 ans, il eut le pied écrasé et le lendemain eut un tremblement général qui dura une heure. Depuis, attaques éloignées de secousses passagères. Nouvelle attaque il y a 18 mois après un coup violent par un treuil à la région lombaire. Il est entré souvent à l'hôpital. Le spasme saltatoire commence par un tremblement des jambes de plus en plus violent jusqu'à ce que le malade saute en l'air de 80 à 90 fois par minute. Les bras sont pris aussi, moins que les jambes; parfois les muscles respiratoires se prennent et la respiration devient pénible et saccadée. Aime mieux sauter que rester au lit, ce qui « le met en morceaux ». A eu la curiosité de compter ses sauts et en a trouvé 31,000 le mois précédent. — Douleur en un point du rachis où *la pression détermine une sensation générale de froid,* mais pas d'accès. — Amélioré par l'extrait de ciguë.

N° 14. (Kast, *Saltator. Reflenk.* in *Neurol. Centbl.*, 1883, n° 14). H., 39 ans. Début en 1881 : dès qu'il met un pied à terre, il est obligé de faire avec une très grande rapidité des mouvements de soulèvement du talon, ne peut rester debout et finit par tomber s'il n'est pas soutenu. Réflexes tendineux exagérés. Guérison apparente en 4 semaines ; puis, pendant une marche fatigante en montagne, il est repris subitement, tombe et est obligé de passer la nuit à la belle étoile. Guérison en 7 semaines. Nouvelle récidive après une marche fatigante. K. le voit la quatrième fois qu'il est pris et constate le mouvement rapide de soulèvement tantôt d'un talon, tantôt des deux à la fois : tronc agité et mettant le malade dans une oscillation perpétuelle, de sorte qu'il cherche continuellement à reprendre son équilibre. Aux membres inférieurs et supérieurs exagération énorme de tous les réflexes tendineux et cutanés. A mesure que l'amélioration fit des progrès, l'exagération des réflexes diminua parallèlement.

N° 15. (Kollmann, *Fall von erhöhter Reflexerregbarkeit in Form von saltat. Krämpfen* in *Deuts. med. Wochens*, 1883, n° 40). F., 24 ans, hystérique, tuberculeuse. Ovaralgie et douleur à la pression sur les vertèbres. Exagération considérable des réflexes tendineux et cutanés. Quand elle met le pied à terre elle se met à sauter comme si elle était sur une plaque de fer rougie au feu. Lorsqu'elle est tranquille au lit on peut déterminer les mouvements en appuyant sur la plante des pieds.

N° 16. (Erlenmeyer, *loc. cit.*). H., 28 ans, buveur de bière, ayant fait des excès de travail intellectuel, a une attaque apoplectique, puis 2 mois après se met à fléchir brusquement sur les genoux quand il

marche. Cette sorte d'agenouillement est unique ou le plus souvent répété ; est bientôt suivi d'un saut qu'il ne peut empêcher et qui le porte en avant, le tronc étant toujours incliné en avant au même moment : dans l'intervalle des sauts (au nombre de 3 ou 4) fait quelques pas, puis recommence. Exagération énorme des réflexes : un petit choc sur le tendon rotulien gauche soulève le membre en entier, secoue tout le corps et amène une flexion en forme de crampe du bras et du poignet ; s'il est debout un choc sur un tendon amène l'agenouillement et le phénomène saltatoire. Amélioration.

On pourrait peut-être encore ajouter à ces faits, un cas de Remak (1) et un autre de W. Mitchell (2), concernant un enfant qui sautait d'une manière irrésistible dès qu'il posait le pied à terre, mais les détails manquent. Spring (3) dit, sans plus y insister, qu'il en a observé deux cas dans sa pratique. Par contre, nous avons éliminé un cas d'Onimus (4), accepté par Zuber, et dans lequel il s'agit d'une simple contracture des muscles de la jambe, et un cas de Mosengeil, admis par Erb (5), qui se rapporte à un malade atteint d'une affection de la moelle et présentant des phénomènes analogues à ceux de l'empoisonnement par la strychnine.

Malgré cela, les seize faits dont nous venons de donner un sommaire, ne nous semblent pas avoir une valeur univoque. Le fait de Chouppe, par exemple, dans lequel une contracture passagère, mais unique, se produit à intervalles irréguliers, n'est pas comparable à ceux où la saltation se produit 80 ou 100 fois par mi-

(1) Spring, *Symptomatologie*, t. I, p. 743.
(2) Remak, *Ueber spasmus alternans transversus (Berl. Klin, Woch s.* 1865.)
(3) W. Mitchell, *On functional spasms (Am. Journ. of Med. Sc.*, 1876.
(4) Onimus, *Soc. de biologie*, 24 février 1877.
(5) Erb. *Lehrb. der Rückenm. — Krankh.*, 2e Aufl., 1878.

nute : tout au plus pourrait-on le considérer comme une forme très atténuée et rudimentaire de l'affection. A côté de cela, il est des observations écourtées ou singulières, comme celle d'Eulenburg ou le deuxième cas de Gowers, dont il est bien difficile de tirer parti. On pourrait en dire autant du cas de Frey.

Quoi qu'il en soit, il résulte des observations qui précèdent que le symptôme le plus caractéristique est l'exécution d'une série de sauts involontaires dès que les pieds touchent le sol. Les contractions cloniques qui produisent ces sauts n'affectent pas toujours les mêmes muscles : si les muscles du mollet seuls sont pris, le saut peut être produit par une simple élévation du talon sans que les orteils quittent le sol ; si c'est le triceps fémoral, il y a mouvement saltatoire vrai et tout le pied quitte le sol. Aussi Erlenmeyer, qui insiste sur ces différences, considère-t-il que le spasme *saltatoire* est seulement un cas particulier de la forme plus générale à laquelle il veut laisser le nom de spasmes *statiques*. Cette différenciation n'a d'ailleurs qu'une importance relative.

Un fait plus intéressant pour nous est la participation que la face, les membres et le tronc prennent parfois aux mouvements : elle est nettement indiquée dans plusieurs observations (n°s 1, 2, 3, 13, etc.), et nous voyons même dans le fait de Beigel l'attaque débuter par les mouvements de la main dans un certain nombre d'accès. Lorsqu'on voit noter que le tronc s'incline tantôt à droite, tantôt à gauche (n° 2), que les membres prennent part au mouvement et que ceux-ci sont rythmiques, on ne peut s'empêcher de penser qu'il devait y avoir une certaine ressemblance clinique

entre ces faits et les mouvements de chorée rythmée dont nous avons été témoin chez Floret ou chez Deb...

Il y a d'ailleurs d'autres points de contact entre ces deux ordres de faits qui nous permettent sinon une identification, au moins un rapprochement. L'hystérie est notée dans un certain nombre de ces cas de spasme saltatoire, comme par exemple dans ceux de Gowers et celui de Kollmann. Lorsque l'hystérie n'est pas indiquée, on peut parfois la soupçonner : la deuxième malade de Bamberger eut une attaque de catalepsie; on pouvait déterminer des accès chez le premier malade de Guttmann en appuyant sur les apophyses épineuses des vertèbres douloureuses et ce même malade avait une aura qui lui permettait parfois d'éviter son accès; le malade de Jacob vit ses accès survenir après un traumatisme et la pression sur un point du rachis déterminait aussi une sorte d'aura : l'auteur le compare aux malades chez lesquels il survient des troubles moteurs après les collisions de chemin de fer, et nous savons aujourd'hui que les médecins anglais ont une tendance, partagée d'ailleurs par M. Charcot, à mettre la plupart des faits de *railway-shock*, de *railway-spine*, sur le compte de l'hystérie. Il y a peu de temps encore, on ne songeait pas à chercher l'hystérie chez l'homme et nous pouvons, sans nous aventurer beaucoup, supposer qu'on eût pu trouver chez un certain nombre de ces malades mâles les stigmates de l'hystérie sur lesquels M. Charcot appelait encore récemment l'attention.

Un autre point intéressant de l'histoire clinique de ces spasmes saltatoires, c'est l'*exagération de la puissance réflexe* de la moelle. Les observations qu'on a

rapportées depuis qu'on attribue de l'importance aux phénomènes du pied et du genou nous montrent les réflexes cutanés et tendineux augmentés d'une façon colossale : parfois le chatouillement de la plante du pied, la formation d'un pli à la peau suffit pour déterminer un accès. Le plus souvent, cependant, il faut que les réflexes profonds, les réflexes tendineux, soient mis en jeu, et c'est précisément ce que fait la station debout en agissant sur les tendons d'Achille et rotulien : nous avons vu que chez le malade d'Erlenmeyer la pression du tendon rotulien déterminait l'accès. Et, fait remarquable bien mis en évidence par Pétrina, Kast et Erlenmeyer, l'amélioration des spasmes saltatoires s'accompagne d'une diminution parallèle de l'excitabilité réflexe médullaire. On peut dire que le spasme saltatoire est le degré maximum des réflexes tendineux. Ici encore nous pouvons comparer le rôle prédominant joué par les réflexes profonds à ce fait que dans notre deuxième groupe de chorée rythmée on détermine le retour des accès en tirant sur le bras ou en percutant les tendons rotuliens.

Quant à la nature intime du phénomène de la saltation irrésistible, nous devons avouer que nous l'ignorons : il nous paraît être fréquemment d'origine hystérique, mais nous ne savons pourquoi la moelle présente ainsi une excitabilité excessive, pas plus que nous ne pourrions expliquer les autres manifestations convulsives des névroses.

II. PSEUDO-CHORÉES

Nous réunissons sous ce titre un certain nombre d'affections que l'on pourrait confondre avec la grande chorée ou avec la chorée de Sydenham et auxquelles il importe, croyons-nous, de ne pas laisser le nom de chorée lorsqu'il leur a été attaché. Toutefois, ces pseudo-chorées n'ont pas toutes à nos yeux la même importance ; le diagnostic ou l'élimination nous semble devoir être fait d'une façon rigoureuse pour celles qui constituent le premier groupe, à savoir : le *tic de Salaam*, les *chorées électriques de Dubini* et *de Bergeron* les *chorées du larynx* et *du diaphragme*, et dont aucune ne devrait conserver le nom de chorée. Nous montrerons au contraire que la *maladie des tics convulsifs*, dont nous rapprochons le *paramyoclonus multiplex*, bien que ne devant pas être placée dans les chorées, a de nombreux points de contact avec la chorée rythmée aussi bien qu'avec la chorée vulgaire et qu'on peut la considérer comme une intermédiaire entre les deux.

§ 1. TIC DE SALAAM

Newnham est le premier auteur qui se soit occupé de cette affection à laquelle on a encore donné les noms de *Spasmus nutans, eclampsia nutans, nictitatio spastica, nickkrampfe, clonische accessorius krampf.* Son étude est fondée sur quatre observations (1). Faber en publie ensuite deux nouveaux cas (2). Puis viennent deux cas de Ebert (3), un cas de Willshire (4), un cas de Bedwel (5). Il faut arriver en suite jusqu'en 1870 pour trouver un nouveau fait de tic de Salaam, dû à H. Barnes; puis viennent ceux de Stich en 1873, de Demme en 1876, de Hochthall (6), de West (7), de Steiner (8), de Tordeus (9); citons encore Gautiez (10), Ch. Féré (11), enfin une clinique récente de Descroizilles (12).

Comme on le voit, cette affection a été décrite surtout en Angleterre et en Allemagne et n'est encore que peu étudiée en France. Bien des auteurs classiques, Killiet et Barthez, Bouchut, Barrier, Vogel, n'en font aucune mention ; Despine et Picot se bornent à la citer ; les traités de Steiner, de Gerhardt, les leçons de Henoch en renferment une courte description.

(1) Newnham, *British record of obstetric medecine*, 1849.
(2) Faber, *Journal für Kinderkrankheiten*, 1850.
(3) Ebert, *Ann. Charité*, Berlin, 1853.
(4) Willshire, *Westminster med. Society*, 1851.
(5) Bedwel, *New-York Journal of medicine*, 1851.
(6) Hochthall, *Pester med. chirurg. presse*, 1878.
(7) West, *Mal. des enfants*, trad. Archambault, 1881.
(8) Steiner, *Compendium des mal. des enfants*, trad. Kéraval, 1880.
(9) Tordeus, *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1882.
(10) Gautiez, *Sur les spasmes du cou*, Thèse de Paris, 1884.
(11) Ch. Féré, *Progrès médical*, 1883.
(12) Descroizilles, *Semaine médicale*, janvier 1886.

Le tic de Salaam est constitué essentiellement par des mouvements cloniques, brusques et rapides, d'inclinaison de la tête et du cou, mouvements dont la direction reste ordinairement la même pour chaque malade, mais varie suivant les sujets. C'est une affection de l'enfance se montrant surtout dans les premiers mois de la vie, entre 7 et 20 mois, suivant Steiner, quelquefois plus tard, jusqu'à 8 et 11 ans.

Dans la forme la plus commune, la tête s'incline brusquement d'arrière en avant, comme dans le geste de l'affirmation, puis se relève et peut encore s'incliner en arrière avant de reprendre la position verticale : il y a là une contraction des deux sterno-mastoïdiens, des deux trapèzes et peut-être d'autres muscles du cou, tels que le rhomboïde et l'angulaire, mais avec action égale des deux côtés. Que les muscles d'un côté deviennent prédominants, et l'on a une seconde variété dans laquelle l'inclinaison est oblique en avant et en dehors. Que le sterno-mastoïdien, d'un côté, se contracte seul, et l'on a l'attitude classique due à l'action isolée de ce muscle : inclinaison de la tête du côté correspondant et rotation de la face du côté opposé et un peu en haut. Dans les deux dernières variétés à prédominance unilatérale, en même temps que la tête s'abaisse, l'épaule correspondante s'élève, l'action musculaire se faisant également sentir aux deux points d'attache. Steiner décrit encore une variété d'inclinaison de la tête en bas et en arrière, avec relèvement de l'épaule correspondante.

Quelquefois la salutation est isolée : beaucoup plus souvent des mouvements semblables se succèdent avec une régularité et une rapidité variables, de façon à

constituer un accès. Ils peuvent atteindre le chiffre de 20, 50 et jusqu'à 100 inclinaisons par minute. Dans un cas de Descroizilles, trois ou quatre salutations seulement formaient l'accès. Le plus souvent le mouvement est régulièrement rythmé, comme une oscillation pendulaire : d'autres fois il est irrégulier.

Les accès eux-mêmes peuvent se répéter plusieurs fois par jour et même par heure. Leur retour est souvent annoncé par du malaise et de l'agitation. Leur fréquence peut être très variable suivant les jours ; ils sont souvent ramenés par des causes morales, les émotions : les tentatives faites pour réprimer les mouvements sont infructueuses ou même augmentent leur fréquence et leur intensité. Pourtant Descroizilles a vu l'accès avorter sous l'influence de caresses et de douces prières. Les accès ne se produisent généralement pas pendant le sommeil ; toutefois, Mary P. Jacobi (1) a rapporté un cas de tic de Salaam de la variété rotatoire qui se reproduisait au contraire uniquement pendant le sommeil, surtout la nuit, mais aussi lorsqu'on endormait l'enfant pendant le jour.

La salutation, symptôme essentiel et constant, s'entoure souvent d'autres signes accessoires et variables. A l'élévation de l'épaule se joint quelquefois celle du bras ou même du membre inférieur correspondant, mouvements d'ailleurs peu accusés ; l'inclinaison légère du tronc peut accompagner celle de la tête et compléter la salutation. On a observé des nystagmus, du clignotement, des douleurs dans les muscles atteints.

(1) M. P. Jacobi, *Case of nocturnal rotatory spasm (J. Ment. and nerv. Dis.*, 1880).

Les signes accessoires précédents ne peuvent guère renseigner sur la nature intime du tic de Salaam ; il en est tout autrement de ceux qui vont suivre.

La lecture attentive des observations montre que des cas de nature différente ont été publiés sous la même étiquette. Dans une première catégorie on peut ranger les faits où le tic a coïncidé avec des symptômes de tumeur de l'encéphale. Dans la seconde catégorie, on observe souvent un ensemble de signes précieux pour l'interprétation de la valeur séméiologique. Les enfants ont des antécédents héréditaires névropathiques; cela n'est d'ailleurs pas constant ; une origine traumatique a quelquefois été notée. On a invoqué sans grande preuve les helminthes, le rachitisme. Les accès sont précédés de sensations particulières, d'une sorte d'aura qui les annonce et que l'enfant et les parents savent reconnaître ; l'enfant devient très pâle, ou bien rougit et pâlit tour à tour, éprouve du vertige ; il peut perdre l'équilibre et tomber assez brusquement et assez lourdement pour se blesser ; dans d'autres cas, il chancelle d'abord et son entourage, prévenu, a le temps de le secourir ; quelquefois tout se borne à quelques oscillations. Il peut y avoir perte de connaissance complète, ou seulement obnubilation passagère de l'intelligence et de la sensibilité; la face est immobile, hébétée, la pupille dilatée, la miction involontaire est fréquente. L'accès passé, l'enfant reprend ses jeux ; mais des troubles psychiques peuvent se montrer dans les intervalles; le caractère devient irritable. Enfin, dernier point qui a sa valeur, le bromure de potassium paraît avoir dans certains cas une action puissante.

N'a-t-on pas là le tableau de ce qui se passe dans

le petit mal épileptique, et le rapprochement ne s'impose-t-il pas entre les cas où ces signes révélateurs sont très accusés et ceux où ils sont incomplets et seulement ébauchés? D'ailleurs, des faits ont été cités où ces phénomènes se sont prononcés et ont abouti à la grande attaque (1); de sorte que l'on possède tous les anneaux de la chaîne pathologique. Des enfants atteints de cette variété de tic de Salaam sont donc, suivant l'expression de Ch. Féré, des apprentis épileptiques qui peuvent guérir définitivement, mais qui peuvent aussi jusqu'à l'épilepsie vulgaire.

Ce danger plus ou moins lointain est important à connaître pour l'avenir de ces enfants, avenir plus compromis qu'il ne le paraît au premier abord par l'existence de ce simple tic de Salaam, souvent d'ailleurs aussi rebelle au traitement que les autres formes du petit mal.

En résumé, c'est uniquement sur la nature de l'affection et sur l'époque de la vie à laquelle elle apparaît qu'on pourra se baser pour faire le diagnostic avec les chorées rotatoires hystériques.

§ II. CHORÉES ÉLECTRIQUES

C'est surtout aux chorées dites électriques que s'applique ce que nous venons de dire de la nécessité de séparer des chorées certaines affections n'ayant avec elles que des analogies grossières. On a, du reste, appliqué ce nom à deux types de mouvements convulsifs qui n'ont absolument rien de commun, si ce n'est

(1) West, *loc. cit.*

peut-être celui d'être rythmiques dans l'un et l'autre cas, caractère qui d'un autre côté les rapprocherait des chorées rythmées : c'est, d'une part, la maladie décrite par Dubini et qui, à de rares exceptions, n'a été observée qu'en Italie ; de l'autre une affection bénigne sur laquelle M. Bergeron a appelé l'attention en 1880. Il suffira, croyons-nous, de parcourir les courtes descriptions que nous en donnons pour être persuadé qu'elles n'ont rien à faire ni avec la grande chorée ni avec la chorée de Sydenham; aussi vaudrait-il mieux cesser de les appeler du nom de chorées et de les désigner, au moins jusqu'à ce que nous soyons mieux édifiés sur leur pathogénie et leur nature, par le nom des observateurs qui les ont découvertes : *Maladie de Dubini ; Maladie de Bergeron.*

1° *Maladie de Dubini*

Dubini (1) a décrit, en 1845, sous la désignation de *Chorée électrique*, une affection dont il n'a pu indiquer ni les causes, ni la nature, mais dont il a su tracer clairement la symptomatologie.

Son début s'annonce par des douleurs dans la tête, la nuque ou les lombes, suivies bientôt de secousses musculaires semblables à celles que déterminent les commotions de l'électricité. Ces contractions apparaissent d'abord dans un doigt, un membre, une moitié de la face, et s'étendent soit en quelques jours, soit plus rarement en quelques semaines à la moitié du corps correspondante. D'après Bianchi (2), qui a con-

(1) Dubini, *Giorn. di Milano* et *Gaz. médicale*, 1846.

(2) Bianchi, *La Corea elettrica. (Lo Speriment.*, 1881, p 385).

sacré à la maladie de Dubini un mémoire très complet, ces secousses sont rythmiques. A ces mouvements viennent s'ajouter des attaques convulsives qui se répètent deux, trois, quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures. Ces attaques sont suivies d'une grande fatigue; elles laissent les membres paralysés et la bouche déviée comme dans l'hémiplégie. Les téguments sont hyperesthésiés et le moindre attouchement augmente les secousses musculaires. Les membres affectés, et particulièrement l'épaule, les bras, les mains, sont fréquemment le siège de vives douleurs. L'intelligence conserve cependant toute sa lucidité.

L'évolution de la maladie est presque toujours continue et progressive. Si parfois elle s'arrête dans son cours, c'est pour quelques jours seulement. La durée est comprise entre quelques jours et cinq mois. La guérison est tout à fait exceptionnelle. La mort survient dans 90 pour 100 des cas (Bianchi). Lorsque la terminaison fatale approche, de tristes pressentiments viennent assaillir le malade, les attaques convulsives se rapprochent et font place au coma. Le visage devient livide, la peau visqueuse; le pouls s'accélère, puis cesse d'être perceptible, la respiration est stertoreuse; les pupilles sont dilatées, les muscles en résolution; la cornée s'ulcère et la langue se tuméfie. Enfin, après une agonie d'un ou deux jours, la mort vient terminer la scène.

Depuis Dubini, un grand nombre de médecins ont eu l'occasion d'étudier la « chorée électrique ». Tatti, Sabini, Rotondi, Pignacca, Trua, Stefanini, Tommasi, Orsi, Grocco et bien d'autres observateurs italiens en ont rapporté des exemples. Habituellement confinée à

Pavie et dans le Milanais, elle a cependant été vue en Allemagne par Behrend, Weber et Hoertel. Néanmoins, l'on a peu ajouté à la description de Dubini. D'après Grocco (1), la contractilité électro-faradique des muscles paralysés serait affaiblie d'une façon inconstante. Selon Pignacca (2), il faudrait distinguer trois formes de chorée électrique : la pure, l'épileptique, et la céphalique ou cérébrale. Mais cette division purement schématique ne s'accorde guère avec les faits cliniques.

Si les lésions anatomiques peuvent faire absolument défaut dans la maladie de Dubini, il faut reconnaître que dans la majorité des cas elles existent à des degrés variables. En dehors des faits où l'examen nécropsique ne montre que des lésions contingentes, telles que la tuberculose des poumons ou des intestins, la congestion pulmonaire, l'helminthiase intestinale, etc., il est un grand nombre de cas où les centres nerveux sont le siège de lésions congestives ou inflammatoires paraissant être en relation directe avec les phénomènes observés pendant la vie. C'est ainsi que la congestion des méninges, la surabondance du liquide céphalo-rachidien sont fréquemment notées, que la méningite, la congestion cérébrale, voire le ramollissement des hémisphères cérébraux et des couches optiques, sont parfois relevés.

La maladie de Dubini doit donc être considérée comme une maladie des centres nerveux. Peut-on aller plus loin et déterminer quel est le segment de l'axe

(1) Grocco, *Annali univ. di med. et cir.*, 1884.
(2) Pignacca. *Sulla corea elett. osserv. in Pavia*, 1857.

cérébro-spinal sur lequel portent principalement les lésions? A cette question les différents auteurs répondent différemment. Pour Grocco, la chorée italienne est toujours une maladie cérébrale et, sinon toujours, au moins dans certains cas, une affection cérébro-spinale. Cavagnis (1) place dans le cerveau le siège des lésions. Enfin Hoertel (2), Golgi (3), Stefanini, Orsi et Grasset font de la maladie de Dubini une « myélite convulsive », une « forme spéciale de myélite », une « méningo-myélite partielle disséminée », une « maladie aiguë de la moelle ».

Quant à la nature de la maladie de Dubini, elle est encore aujourd'hui purement hypothétique. Stefanini (4) croit à son origine palustre; M. Jaccoud (5) déclare que l'on peut discuter s'il s'agit d'une méningite anormale ou d'une forme particulière du typhus cérébro-spinal; mais « ce qui est certain, c'est que ce n'est point une chorée. »

2° *Maladie de Bergeron*

A côté de la chorée de Dubini se range une affection dont la connaissance remonte à quelques années seulement. C'est en 1880 que M. Bergeron en a établi les caractères dans la thèse d'un de ses élèves, René Berland (6). Depuis cette époque, elle a été l'objet de

(1) Cavagnis, *Pensieri sulla cor. elett.*, Milan, 1878.
(2) Hoertel, *Gaz. médicale*, 1848.
(3) Golgi, *Rivista clin. di Bologna*, 1874.
(4) Stefanini, *Annali univ. di med. et cir.*, 1875.
(5) Jaccoud, *loc. cit.*, p. 488.
(6) Berland, Thèse de Paris, 1880.

plusieurs travaux importants, parmi lesquels il faut citer la thèse de Guertin (1) inspirée par M. Cadet de Gassicourt, un mémoire de Tordeus (2), une clinique du professeur G. Sée, et une leçon inédite faite en 1885 par M. Joffroy à l'hôpital des Enfants-malades (3).

Frappé de la brusquerie des secousses dont étaient agités les malades qu'il observait, et persuadé de leur nature choréique, M. Bergeron appliqua au type morbide qu'il était le premier à signaler et à décrire, la désignation de *chorée électrique*. L'expression fut critiquée, non seulement parce qu'elle prête à confusion, mais encore parce qu'elle préjuge de la nature d'une maladie dont les relations avec la chorée vulgaire semblent mal définies. Tordeus a proposé de lui substituer celle *d'électrolepsie*, et M. Joffroy celle de *Tic à secousses rythmiques*. Il ne serait que juste, selon nous, d'adopter la désignation de *chorée* ou de *maladie de Bergeron*.

L'étiologie de la chorée de Bergeron est fort obscure. Elle frappe les enfants âgés de sept à quatorze ans (1), sans montrer une prédilection marquée pour l'un ou l'autre sexe. Son développement paraît favorisé par le nervosisme et l'anémie, et son apparition coïncide parfois avec une émotion morale ou l'impression subite du froid. Mais le plus souvent la cause déterminante en demeure ignorée.

Elle débute subitement et d'emblée acquiert toute

(1) Guertin, Thèse de Paris, 1881.

(2) Tordeus, *De l'électrolepsie (Journ. de méd. de Bruxelles*, 1883).

(3) Nous remercions sincèrement M. Joffroy de l'obligeance avec laquelle il a bien voulu mettre ses notes à notre disposition.

(4) M. Joffroy (communic. orale) a vu la chorée de Bergeron à la Salpêtrière chez une femme de quatre-vingts ans.

son intensité. Elle est essentiellement caractérisée par la contraction brusque, rythmique et involontaire de certains muscles du corps. Tantôt les spasmes musculaires sont localisés à la tête qui est attirée en avant ou rejetée en arrière ; tantôt ils occupent les épaules qui sont élevées et propulsées, tandis que les bras se rapprochent du tronc ; tantôt enfin, ils se limitent à un membre ou s'étendent à la moitié du corps. Dans le cas observé par M. Joffroy, les triangulaires des lèvres et les carrés du menton, les élevateurs des épaules, les extenseurs des bras et des avant-bras se contractaient simultanément ; chaque spasme raidissait aussi les membres de l'enfant, soulevait ses épaules et abaissait ses commissures labiales dans une grimace dédaigneuse.

Si le siège des secousses est variable, leur brusquerie ne diffère point : elles semblent être l'effet d'une décharge électrique répétée d'une façon rythmique à intervalles rapprochés ou à plusieurs minutes de distance. Elles sont d'autant plus fréquentes et manifestes que les malades font plus d'effort pour contenir leur agitation. Elles n'empêchent point les mouvements volontaires, mais peuvent les interrompre subitement. Enfin, dans tous les cas, elles cessent complètement pendant le sommeil.

M. Joffroy a fait chez sa malade cette observation curieuse que la compression du nerf facial suspendait les spasmes de la face, et a rapproché ce phénomène du phénomène inverse noté par Trousseau dans la tétanie.

M. Cadet de Gassicourt a signalé d'autre part, dans un fait rapporté par Guertin, que la contractilité électro-

faradique des muscles était parfaitement conservée.

Les troubles moteurs constituent pour ainsi dire la chorée de Bergeron tout entière. La sensibilité demeure parfaite. L'équilibre des facultés psychiques n'est nullement ébranlé. L'endocarde n'est jamais touché. Les différentes fonctions, selon Berland et Guertin, restent normales.

L'évolution de la maladie est toujours favorable. L'arsenic, le bromure de potassium, et les douches froides l'amendent rapidement. Le tartre stibié donné à dose vomitive en une seule fois ou en deux fois, à quelques minutes d'intervalle, dans un peu d'eau tiède, la guérit immédiatement et d'une façon radicale.

L'idée d'administrer le tartre stibié dans la « chorée électrique » revient à M. Bergeron. M. Cadet de Gassicourt, estimant que ce moyen agit exclusivement par la secousse brusque qu'il imprime aux muscles convulsés, a eu recours, pour atteindre le même but, à l'électrisation qui lui a donné une guérison assez rapide. M. Joffroy a fourni de l'action curatrice du tartre stibié une toute autre explication. Dans le fait qu'il a observé, la chorée de Bergeron avait débuté après un repas de famille où des excès avaient été commis. Avec les secousses électriques des membres coexistaient chez sa malade des douleurs gastralgiques, des nausées, des vertiges et des étourdissements. L'estomac, douloureux à la pression, clapotait, trois heures après le repas du matin, jusqu'au voisinage de l'ombilic. Il a semblé légitime à M. Joffroy de subordonner les accidents spasmodiques aux troubles stomacaux. Il a rapproché la chorée de Bergeron des accidents tétaniformes dont Kussmaul, Leven, Hanot et d'autres

auteurs ont rapporté des exemples dans le cours de la dilatation de l'estomac. Il a soumis sa malade au régime acté qui a amené une cure complète en quelques jours, et il a émis l'idée que le tartre stibié amenait la guérison de la maladie, en faisait disparaître le trouble stomacal qui la précède et l'engendre.

Cette conception pathogénique est bien loin, on le voit, de celle de M. Bergeron qui de la chorée électrique fait une simple variété de la chorée de Sydenham, ce que rien ni dans les symptômes, ni dans l'évolution ne nous autorise à admettre.

§ 3. PSEUDO-CHORÉES DU LARYNX ET DU DIAPHRAGME

Des convulsions cloniques peuvent se montrer d'une manière plus ou moins limitée du côté de l'appareil respiratoire dont elles troublent le fonctionnement, soit à l'expiration, soit à l'inspiration. On les a fréquemment désignées sous le nom de *chorée expiratoire* ou *chorée du larynx* et de *chorée inspiratoire, chorée du diaphragme* ou *hoquet.*

1° *Chorée du larynx.*

Ce nom a été proposé en 1879 par Schrötter pour désigner des faits que Masséi avait publiés sous le nom de *toux nerveuse.*

Le mot fit rapidement fortune et les laryngologistes se mirent à l'employer d'une façon courante pour désigner une foule de phénomènes appartenant à l'hystérie, (toux et aboiements hystériques), à des lésions ner-

veuses centrales, aux tics convulsifs, à la chorée de Sydenham, etc.

Morell-Mackenzie (1), par exemple, décrit dans la chorée du larynx l'asynergie vocale de Krishaber et les trémulations des cordes qu'il aurait observées chez certaines personnes nerveuses et faibles de constitution. Schech (2) y comprend l'insuffisance des muscles tenseurs des cordes vocales et Voltolini l'occlusion indépendante et inopportune de la glotte dans le besoin de tousser ! D'autres y font rentrer des cas d'aphonie spasmodique, de crampe fonctionnelle, analogue à celle des écrivains ou des pianistes, survenant à l'occasion de la parole, du chant, de la toux, du rire, comme on en trouve des exemples dans Fritsche, Osann (3), etc.

On a aussi donné le nom de chorée du larynx (Blachez) aux troubles qui peuvent se montrer dans la phonation au cours de la chorée de Sydenham (4).

On voit par là à quelle confusion on en est arrivé. Aussi a-t-on critiqué vivement cette expression et si Knight (5) et Holden (6) la conservent encore, ce n'est que pour se conformer à l'usage. Nous préférons, pour notre part, nous ranger à l'opinion de Gottstein qui n'admet ni le nom ni la chose.

Ce nom est en effet des plus malheureux ; dans la plupart des cas auxquels on l'a appliqué, le larynx n'était pris que d'une manière accessoire et c'étaient surtout

(1) Morelle-Mackenzie, *Man. of Dis. of the Throat and Nose*, vol. I.
(2) Schech, *Monatsch. f. Ohrenh.*, 1885.
(3) Osann, *Zur aphonia spastica*, Th. de Würzbourg, 1882.
(4) Blachez, *Chorée du larynx*, Ac. de Méd., oct. 1883.
(5) Knight, *Chorea laryngis (Arch. of laryng.*, 1883).
(6) E. Holden, *N.-Y. Med. Journ.*, janv. 1885.

les muscles expiratoires qui étaient en jeu, ou bien il s'agissait de phénomènes hystériques ayant déjà des noms (toux, aboïement) qu'il est bien inutile de changer. Lorsque dans les chorées rythmiques, dans la maladie des tics convulsifs ou dans la chorée vulgaire on trouvera des manifestations du côté des muscles de l'abdomen ou des muscles thoraciques, ou lorsque celles-ci se montreront isolément, il sera facile, croyons-nous, de les désigner d'une manière précise sans recourir à un terme dont la signification est douteuse pour tout le monde.

2° *Hoquet ou chorée diaphragmatique.*

Nous ne croyons pas non plus qu'on doive conserver le hoquet dans le cadre des chorées, et nous entendons ici non pas l'accident passager, mais le trouble persistant pendant des semaines, des mois et même des années. Le hoquet est quelque chose de bien défini, comme la toux, par exemple, et, dans les cas où il persiste longtemps, sa limitation au diaphragme le distingue nettement des chorées qui occupent surtout la face, le cou, les membres et fort peu le tronc. La désignation de chorée diaphragmatique, d'autre part, est mauvaise, puisque Achaintre (1) a montré que les muscles inspirateurs prenaient part au phénomène du hoquet et que Delie (2) a vu qu'il en était de même de la glotte (spasme laryngé). Tout ce qu'on peut dire, c'est que parfois le hoquet se montre chez les enfants

(1) Achaintre, Thèse de Paris, 1876.

(2) Delie, *Hoquet et spasme pharyngo-laryngé (Ann. de laryng. de Moure,* janv. 1884).

dans le cours de la chorée vulgaire, comme différents auteurs, entre autres récemment Delie et Garel (1), en ont rapporté des exemples.

§ 4. MALADIE DES TICS CONVULSIFS

On désigne généralement sous le nom de *tic* une contraction musculaire plus ou moins circonscrite, atteignant un muscle ou un petit groupe de muscles, notamment à la face, se reproduisant d'une manière fréquente ou même habituelle, involontaire et ordinairement inconsciente. La répétition fréquente, la circonscription, le caractère involontaire sont donc les traits les plus saillants des *tics vulgaires*.

A côté de ceux-ci on peut placer les *tics coordonnés:* ce sont des mouvements coordonnés, comme leur nom l'indique, et nettement adaptés, que l'individu a faits tout d'abord dans un but déterminé et conscient (l'acte de se gratter la tête, le nez ou l'oreille, de se tirailler la moustache, etc., par exemple), et qui, par la répétition fréquente, sont devenus habituels et inconscients (2).

A ces faits, M. Charcot estime qu'il faut ajouter un certain nombre de cas beaucoup plus complexes dans lesquels le tic s'est généralisé et s'accompagne de phénomènes nouveaux, auxquels on a donné le nom d'écholalie, échokinésie, coprolalie. Le tic vulgaire, le tic coordonné, le tic généralisé, ne constituent alors que les différentes formes d'une affection à laquelle il

(1) Garel, *Hoquet choréique guéri par la cocaïne (Lyon méd.,* 1885).
(2) Letulle, art. Tic, in *Nouv. dict. de méd. et ch.*

propose de donner le nom de *maladie des tics convulsifs* (1).

L'histoire de ces derniers faits est d'origine toute récente. C'est à Gilles de la Tourette (2) que revient le mérite d'avoir compris l'analogie qui existe entre eux et les narrations, au premier abord un peu hétéroclites, de G. Beard, de O'Brien et de Hammond, et d'avoir su les réunir dans un excellent travail fait sous l'inspiration de M. Charcot. Le mémoire de Gilles de la Tourette fut immédiatement apprécié comme il méritait de l'être et on proposa même de donner le nom de son auteur à la maladie nouvelle (3). Nous préférons adopter le terme proposé par M. Charcot en raison de la compréhension plus grande qu'il comporte, et aussi parce que certaines opinions de Gilles de la Tourette ont été contestées par Guinon dans un remarquable travail publié il y a un mois à peine.

Nous ferons à ces deux mémoires et à la leçon de M. Charcot de très fréquents emprunts. Mais auparavant nous dirons un mot des travaux qui ont vu le jour avant le travail de Gilles de la Tourette.

Par un hasard assez singulier, la première malade de Gilles de la Tourette après avoir été soignée en 1825 par Itard (4) qui en donna l'observation (reproduite

(1) Charcot, Leç. reç. par Melotti et publiée dans la *Riforma medica*, nos 184 et suiv. Voir aussi Guinon, *Sur la maladie des tics convulsifs*. (*Rev. de médecine*, 1886, no 1, p. 74).

(2) Gilles de la Tourette, *Affection nerv. caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie. (Arch. de neurol.*, 1885). Voyez aussi sa revue : *Jumping, Latah, Myriachit. (Œod. loc.*, 1884).

(3) Legendre, *La maladie de Gilles de La Tourette (Un. méd.*, 1885)

(4) Itard, *Arch. gén. de méd.*, 1825.

par Roth et par Sandras (1) en 1851) fut vue à plusieurs reprises par M. Charcot : elle avait été prise pour une choréique. Trousseau mentionne les faits qui nous occupent, mais il ne sait pas les mettre en relief, de sorte qu'ils passent inaperçus.

En 1880, G. Beard (2) fit à l'Association neurologique de New-York une communication des plus intéressantes sur les *Jumpers* ou *Sauteurs du Maine*. — En 1883, M. O'Brien (3), bien qu'il ne soit pas médecin, fit une relation très exacte des faits curieux qu'il avait observés en Malaisie, où ils sont connus sous le nom de *Latah*. Enfin en 1884, M. Hammond (4) donna, d'après le récit d'officiers de la marine américaine, la description d'une affection nerveuse qui ne serait pas très rare, paraît-il, en Sibérie, aux environs d'Yakoutsk où elle serait connue sous le nom de *Myriachit*.

Le tic convulsif vulgaire occupe le plus souvent la face où il est généralement unilatéral : c'est d'ailleurs un caractère commun à tous les tics que cette tendance à se localiser plus ou moins dans un des côtés du corps. Tous les muscles qui répondent au domaine d'innervation du nerf facial peuvent être pris ou au contraire, et c'est le cas le plus fréquent, le tic se localise à tel ou tel groupe de muscles ou même à un seul muscle : dans ce dernier cas, il occupe l'orbiculaire des paupières, le grand zygomatique, etc. Très fréquem-

(1) Sandras, *Maladies nerveuses*, t. II, p. 531. Paris, 1851.
(2) G. Beard, *J. Nerv. and Ment. Dis.*, t. VII, 1880.
(3) O'Brien, *Journal of the Roy. Asiat. Soc.*, 1883.
(4) Hammond, *Myriachit : a new dis. of nerv. System* (*N.-Y. med. Journ.*, fév. 1884, et *Brit. med. Journ.*, av. 1884.)

ment ce sont les muscles du front qui sont pris les premiers ou avec le plus d'intensité. Chez certains malades ce sont les muscles du cuir chevelu, le frontal et l'occipital qui sont pris. Dans certains cas plus rares, tout en restant circonscrit, le tic atteint un système musculaire complet, par exemple, les muscles de l'œil ou ceux de l'oreille (Romberg). Blau (1) a même signalé un cas singulier où les convulsions cloniques s'étaient localisées sur le muscle tenseur du tympan.

Il n'est pas rare que le tic après être resté quelque temps localisé, s'étende de proche en proche. Les modalités sont d'ailleurs nombreuses et nous renvoyons pour leur description aux ouvrages spéciaux et aux articles du *Dictionnaire*.

Ce qu'il importe de faire remarquer c'est que ces tics vulgaires localisés de la face, présentent déjà les caractères que nous allons retrouver beaucoup plus accusés dans les formes plus avancées. Ce sont des convulsions de courte durée : 15, 20, 30, ou même davantage à la minute. Elles se produisent brusquement en forme d'accès dans lesquels elle ont un caractère presque rythmique par leur répétition égale, régulière, aussi rapide au début qu'à la fin. C'est là du moins ce qui se passe le plus habituellement, mais cette sorte de rythme dans le nombre des mouvements et dans leur durée est fréquemment troublée par les influences morales vives : la volonté agit parfois d'une façon évidente pour faire disparaître ou modérer le tic, au moins temporairement.

Les tics du cou ne sont pas moins fréquents ; ce

(1) Blau, *Ann. des mal. de l'or., etc.*, 1879.

sont des mouvements rapides, une oscillation générale qui esquisse le geste négatif ou affirmatif, ou bien une véritable rotation de la tête d'une épaule à l'autre, un abaissement total dans lequel le menton va toucher le sternum. Cette forme prend dans certaines circonstances un caractère si spécial que nous lui avons consacré un chapitre spécial. Si les muscles du tronc et ceux du larynx participent aux convulsions, on peut avoir ces émissions de sons auxquelles on a donné improprement le nom de *chorée du larynx*.

Le membre supérieur peut être pris isolément et les mouvements qu'il présente ont une physionomie des plus variées : rapprochement du bras du tronc, flexion ou extension de l'avant-bras, rotation en dedans et en dehors, etc. Les membres inférieurs sont plus rarement pris isolément : on a alors des mouvements rythmiques d'abduction et d'adduction ou de flexion et extension alternatifs.

Le plus souvent lorsque les membres sont ainsi pris on a affaire aux tics combinés ou complexes que nous allons étudier d'une façon un peu plus détaillée.

Le *tic coordonné* ne nous arrêtera pas longtemps. M. Letulle, dans un excellent article du *Dictionnaire Jaccoud*, lui assigne une place importante et en distingue trois variétés : les tics du geste ou de l'attitude, les tics de la voix et les tics de la parole. Les premiers sont les plus importants et comme les tics vulgaires se localisent souvent du côté de la tête et de la face. La langue en est fréquemment le siège.

Fréquemment aussi c'est dans le domaine des membres supérieurs que se voit le tic coordonné, comme

chez l'enfant qui se tette le pouce, l'individu qui se ronge les ongles, qui se gratte la tête ou la barbe, qui fait le geste d'écarter le col de son habit ou de se frotter les mains. Il serait impossible d'en dénombrer l'immense variété. Il faut en rapprocher les tics de l'attitude, le hochement de tête répété, le soulèvement d'une épaule ou le balancement du tronc dans la marche, par exemple. Quant aux tics de la voix, nous allons les retrouver beaucoup plus nets et plus marqués dans la troisième forme.

Si nous n'insistons pas davantage sur les tics coordonnés proprement dits, tels que les comprend M. Letulle, c'est que le plus souvent, et bien qu'ils soient exécutés absolument en dehors de la volonté, ces gestes automatiques coordonnés ont une certaine lenteur qui leur donne au premier aspect un air voulu et conscient, et qui les différencie assez nettement des autres espèces de tics.

La maladie des tics convulsifs lorsqu'elle atteint son plus haut degré de gravité est une affection qui s'accompagne des phénomènes connus sous le nom d'écholalie, échokinésie et coprolalie ainsi que d'un état mental particulier qui se manifeste surtout par la présence d'idées fixes (Charcot et Guinon). Elle est toujours l'expression d'une tare le plus souvent héréditaire.

Aux neuf observations rapportées par Gilles de la Tourette et aux quatre qui sont renfermées dans le mémoire de Guinon, nous pouvons en ajouter une que nous avons recueillie à la consultation externe de M. le professeur Charcot et qui montre l'affection arrivée à un degré déjà avancé. Ces faits ne paraissent pas d'ail-

leurs excessivement rares et il est certain qu'ils se multiplieront rapidement désormais aux dépens de ce que les auteurs appellent fréquemment la *chorée chronique*.

Observation. — Steph., Célestine, âgé de 12 ans, vient pour la première fois à la consultation le 2 février 1886. — Le père a eu une cousine morte idiote et paralytique vers 6 ou 7 ans. Lui-même a présenté un tic facial extrêmement accusé depuis 9 ans jusqu'à 16 ans; il dit qu'à cette époque il avait un caractère insupportable et des idées un peu folles (comme par exemple de se jeter à l'eau au mois de décembre) qu'il mettait le plus souvent à exécution. Au moment de la conception de la petite malade, il était très débilité par une dysenterie chronique contractée en Allemagne pendant la captivité. Actuellement, il a encore de très légers mouvements du côté de la lèvre supérieure, à droite, mais il faut l'examiner avec soin pour s'en apercevoir. De plus, lorsqu'il a écrit pendant quelque temps (il est employé d'octroi) ou même en dehors de cette cause, il lui arrive de sentir une espèce de lourdeur et de gêne dans la main et la face antérieure de l'avant-bras droit, puis brusquement sa main se fléchit et se met dans la pronation forcée : le phénomène est très rapide et enlève la sensation de gêne, ce qui n'a pas lieu lorsque le malade fait lui-même le mouvement d'une manière volontaire. — La mère est d'un caractère facilement excitable, habituellement triste et même mélancolique.

Stéph. est venue à terme, a marché de bonne heure, mais n'a eu de dents qu'à l'âge de deux ans. — Élevée au biberon. N'a pas eu de convulsions. A 3 ans 1/2, rougeole suivie d'une conjonctivite d'assez longue durée. A 5 ans, variole assez grave. A 6 ans, coqueluche qui persiste plus de 3 mois.

A l'âge de 7 ans elle commença à présenter les mouvements dont elle est atteinte aujourd'hui; ils se montrèrent d'abord dans les jambes; elle avait une tendance à courir devant elle et s'arrêtait brusquement au moment où ses jambes fléchissaient soudain; jamais cependant elle n'est tombée; elle pouvait toujours reprendre l'équilibre avant la chute. A ce moment, il y avait peu de mouvements dans les membres supérieurs, en tout cas rien à la face.

Il y eut quelques alternatives de rémission et d'aggravation; mais il y a trois ans, à la suite d'une frayeur occasionnée par la vue d'un

homme tenant un revolver à la main, son état s'aggrava subitement, la face fut prise à son tour.

Actuellement, les secousses musculaires sont généralisées, occupent la face et les membres, quoique un peu prédominantes du côté gauche. Elles sont généralement au nombre de deux ou trois, se succédant rapidement mais reprenant à intervalles un peu irréguliers. Habituellement elle tient ses deux mains unies au-devant de l'abdomen, et les secousses déterminent une sorte de mouvement malléatoire, pendant lequel elle se frappe fortement le ventre. Si le bras n'est pas dans cette position, la secousse le déjette en dehors, tandis que la main est violemment agitée. Du côté de la tête les secousses amènent une flexion de la tête sur la poitrine, flexion qui se fait en deux temps, comme si la malade faisait un signe affirmatif très énergique. En même temps, secousses du côté des muscles de la bouche et des yeux. — Aux membres inférieurs, les secousses paraissent moins régulières et ne sont pas assez intenses pour l'empêcher de se tenir debout.

La volonté modère ses secousses, par exemple lorsqu'elle coud ou écrit, lorsqu'elle est à l'école, mais fréquemment alors il y a après une exacerbation; le sommeil les suspend.

A plusieurs reprises, dans la journée, elle peut avoir des accès pendant lesquels tous les mouvements s'exagèrent, et les secousses deviennent beaucoup plus rapides et continues. — Elle laisse échapper à chaque instant une sorte de petit cri, de *hum!* contenu. Au moment des accès, elle a un instant où elle est empêchée d'émettre aucun son, puis tout à coup les paroles se pressent en foule et elle est obligée de crier, sans pouvoir s'en empêcher, au point qu'on l'entend dans toute la maison. A ce moment, elle laisse parfois échapper des paroles grossières, le mot m...., par exemple; d'après son père, on aurait fini par lui faire changer ce mot, et depuis elle dirait dans ces accès : *oh! mais! oh! mais!* d'une manière absolument involontaire et comme explosive. Ni écholalie ni échokinésie.

L'état intellectuel ne semble pas très mauvais, bien qu'elle ne paraisse pas avoir fait de grands progrès à l'école. Stéph. nous dit qu'elle a parfois des idées un peu bizarres : elle a fréquemment l'idée fixe qu'elle a placé un objet dans un endroit déterminé, elle le cherche obstinément et indéfiniment dans ce point et est tout étonnée lorsqu'elle le trouve ailleurs.

Elle est bien développée, bien nourrie, a les seins développés, mais n'est pas encore réglée. — Pas de points douloureux ni sur les apo-

physes épineuses, ni au niveau de l'ovaire. Pas d'anesthésie. Rien au cœur.

On retrouve dans cette observation la plupart des traits caractéristiques de la maladie.

Celle-ci débute généralement dans un âge peu avancé; à deux ans et demi chez un malade de Guinon, à sept ans chez Steph... Beard a vu des enfants de quatre à sept ans atteints de *jumping*. Elle se montre donc surtout dans la deuxième enfance; parfois, mais assez rarement, dans l'adolescence (seize ans chez un malade de Gilles de la Tourette).

Les femmes sont moins atteintes que les hommes, si l'on juge d'après le petit nombre de cas publiés.

Les émotions morales vives, la peur notamment, se retrouvent fréquemment dans l'étiologie des tics convulsifs au point qu'on pourrait avec les auteurs allemands les ranger dans ce qu'ils appellent les *Shreck-Neuroses;* en réalité, la peur ne joue là que le rôle d'une cause occasionnelle, le tic ne se développe que sur un terrain prédisposé : la cause déterminante est l'hérédité, ici comme pour la plupart des maladies nerveuses. Cette notion n'avait pas échappé à Trousseau, qui disait déjà que ces tics sont souvent héréditaires, ni à G. Beard pour qui le jumping est une maladie familiale, aussi héréditaire que la folie ou l'épilepsie. Fréquemment l'hérédité est directe et on retrouve, parmi les ascendants directs ou collatéraux, soit le tic lui-même, soit, et cela est peut-être dû à un diagnostic peu précis, la chorée elle-même. Trousseau cite un exemple bien curieux : une dame, atteinte du tic de la face, vint le consulter pour ses trois filles qui avaient

des tics musculaires de différentes parties du corps. Vivement affligée de l'infirmité de ses trois filles, et ne s'apercevant pas qu'elle en fût atteinte elle-même, elle leur reprochait leurs mouvements nerveux avec une amertume bien faite pour étonner. D'autres fois l'hérédité est indirecte, les parents étaient aliénés ou au moins nerveux : il est possible que l'état de débilité générale (comme chez le père de notre malade) au moment de la conception joue un certain rôle.

La maladie s'observe un peu partout, non seulement dans nos pays, mais aussi comme nous l'avons vu en Amérique chez les Canadiens-Français (Beard) et chez les Irlandais (Thornton), en Sibérie, en Malaisie. Elle atteint toutes les classes de la société.

Ce sont les troubles du mouvement qui le plus souvent ouvrent la scène ou attirent l'attention, et cela fréquemment après s'être installés d'une façon insidieuse, jusqu'à ce qu'une émotion quelconque vienne les mettre brusquement en évidence. Ce sont, comme dans les tics vulgaires, des mouvements convulsifs des doigts, des bras, des épaules; la face devient grimaçante, les yeux clignent, les sterno-mastoïdiens inclinent la tête ou la font tourner, etc.

Les troubles s'observent aussi du côté des membres inférieurs et déterminent alors des mouvements qui fréquemment sont plus limités, mais qui peuvent parfois aller jusqu'à faire exécuter au malade de véritables sauts. Trousseau avait déjà noté le fait chez un de ses petits malades qui, lancé tout à coup, comme par un ressort, sautait à sept ou huit pieds de sa place ou se levait brusquement, mécaniquement pour ainsi dire, du siège sur lequel il était assis.

La rapidité avec laquelle les mouvements s'exécutent, la soudaineté avec laquelle ils apparaissent, sont deux caractères importants qui se retrouvent ici comme dans tous les tics. Tout à coup la grimace ou la gesticulation se produit, une fois, deux fois, à plusieurs reprises, puis tout rentre dans un ordre complet ou relatif pour se renouveler de la même façon après un intervalle plus ou moins long.

Certaines conditions exagèrent les mouvements convulsifs ; les émotions, les impressions physiques venues du dehors, parfois aussi les efforts que fait le malade pour se contenir, bien que le plus souvent, la volonté ait une influence modératrice des plus nettes. A certains jours, les accès sont plus fréquents et intenses et, chose assez singulière, les malades peuvent prédire le matin quand la journée sera plus mauvaise que d'habitude. Il y a spontanément des périodes d'exacerbation, comme il en est d'autres où les symptômes s'atténuent au point que les malades s'estiment guéris.

Le sommeil, c'est là un point intéressant, fait complètement disparaître les secousses. Gilles de la Tourette a également noté que les secousses diminuent beaucoup d'intensité, sans toutefois disparaître, sous l'influence des affections fébriles.

La volonté, comme nous venons de le dire, agit puissamment sur les secousses musculaires, mais seulement d'une façon temporaire, et si le malade a réussi de cette façon à cacher pour un instant son infirmité, il paie le plus souvent cette rémission transitoire d'un accès beaucoup plus intense. On voit de la sorte des malades pouvoir écrire un instant, faire quelques points de couture, porter un verre plein sans renverser une

goutte de liquide, etc. Un clerc d'huissier, lorsqu'il allait chez un client, pouvait arrêter un instant ses mouvements insolites; mais dès qu'il était sorti, il gesticulait avec une violence inaccoutumée, tirait la langue, sautait sur place devant la porte de celui qu'il venait de quitter. Un autre, désireux d'être pris comme soldat, se contint assez devant le conseil de revision pour être déclaré bon pour le service : en rentrant dans la salle commune, il eut un violent accès. L'exemple le plus curieux es certainement celui de ce malade de M. Charcot rapporté par Guinon : un danseur d'un des théâtres de ballet de Paris, atteint de la forme la plus grave des tics convulsifs, pouvait se modérer assez pour danser, seul devant le public, les pas les plus longs et les plus compliqués, sans qu'un geste, un mouvement, un faux pas trahît son état. Rentré dans sa loge, les convulsions se produisaient avec une violence inouïe.

M. Gilles de la Tourette pense que tous les mouvements observés chez ses malades rentrent dans l'incoordination motrice. M. Guinon a contesté cette manière de voir et a produit contre elle un certain nombre d'arguments pour lesquels nous renvoyons à son int é ressant travail. Pour lui les mouvements involontaires ne sont pas incoordonnés et absurdes, mais au contraire, se reproduisent toujours identiquement semblables à eux-mêmes, non seulement chez le même malade, mais chez des malades différents.

Tous ces malades présentent des tics coordonnés, et c'est précisément pour cela que nous avons fait intervenir ceux-ci dans notre description ; les uns se tirent la moustache, se grattent le front, les autres

font le geste de chasser une mouche en se passant rapidement la main à quelques centimètres du visage. Nous avons vu aussi que notre petite malade avait des mouvements de malléation et qu'elle baissait deux fois la tête comme pour affirmer. Les mouvements involontaires des tics convulsifs sont, comme le dit M. Charcot, des mouvements *systématiques*. Freidreich (1), pour caractériser des mouvements identiques et pour bien montrer qu'ils n'étaient que la reproduction de mouvements semblables dejà exécutés, les appelait *convulsions de souvenir coordonnées (coordinirte Erinnerungskræmpfe)*.

C'est ici le lieu de faire remarquer que les mouvements involontaires des malades atteints de tic ressemblent d'une manière frappante à ceux que nous avons vus dans la chorée rythmée; s'ils ne vont pas là jusqu'à reproduire les mouvements professionnels, ils sont le plus souvent la reproduction d'actes naturels, automatiques ou réflexes.

Au moment où les mouvements convulsifs arrivent à leur summum, soit dans l'état ordinaire du malade, soit lorsqu'il a un de ces accès dont nous avons parlé tout à l'heure, il est fréquent d'assister à l'émission brusque et instantanée d'une sorte de cri inarticulé, habituellement impossible à traduire. Thornton (2) dit que les jumpers poussent un cri sauvage qui ferait honneur à un Indien. Parfois, au lieu d'un son inarticulé, c'est un mot, un membre de phrase que prononce

(1) Friedreich, *Virchow's Archiv,* Bd LXXXVI, p. 430, 1881.
(2) Thornton, *N. Y. Med. Rec.* et *Brit. Med. Journ.*, 30 janv. 1886.

le malade et là intervient un caractère qui, lorsqu'il existe, est véritablement pathognomonique : le plus souvent il s'agit de l'émission d'une expression grossière, ordurière ou obscène, d'où le nom de *coprolalie* (χοπρός, *ordure*, et λαλεῖν, *parler*) que Gilles de la Tourette a donné à ce phénomène. La coprolalie se produit d'une manière absolument involontaire et ce qui montre bien son indépendance, c'est qu'elle reste isolée et n'est pas accompagnée d'un mouvement de la physionomie ou d'un geste qui la souligne. Elle avait déjà frappé Itard qui disait en parlant de la marquise de D... : « Tout à coup, sans pouvoir s'en empêcher, elle interrompt ce qu'elle dit ou ce qu'elle écoute par des cris bizarres et par des mots encore plus extraordinaires et qui font un contraste déplorable avec son esprit et ses manières distinguées. Ces mots sont pour la plupart *foutu cochon*, des jurements grossiers, des épithètes obscènes... » L'individu profère à haute voix des mots qu'il voudrait bien retenir, dit Trousseau, et O'Brien nous apprend que le latah de l'un ou l'autre sexe pousse une exclamation involontaire qui est *toujours obscène*.

Notre petite malade présentait aussi ce caractère que l'on trouve d'une façon courante dans la plupart des observations de Gilles de la Tourette et de Guinon; mais il y a chez elle quelque chose de spécial, puisqu'au dire de ses parents elle aurait pu, sous l'influence d'admonestations répétées, échanger son mot obscène contre une exclamation anodine. Nous rapprochons ce fait de cette malade d'Abercrombie dont nous avons parlé à propos des chorées rythmées et dont l'observation nous paraîtrait mieux à sa place dans la maladie

des tics : elle pouvait substituer à son exclamation habituelle telle autre qu'on lui indiquait. Il faut avouer du reste que le plus souvent rien ne peut changer le mot obscène employé par les malades ; s'il y a modification, c'est plutôt dans le sens de l'aggravation.

La coprolalie est donc le degré le plus avancé auquel arrive l'émission involontaire des sons ou des mots. Quelquefois le cri ou l'exclamation involontaire peut constituer toute l'affection et Guinon compare cette maladie des tics, ainsi réduite, aux autres affections nerveuses, sclérose en plaques, maladie de Basedow ou de Parkinson, dans lesquels il n'y a qu'un ou deux symptômes développés. Il en rapporte un fait curieux qui lui a été communiqué par M. Féré : un commerçant prononçait de temps en temps, sans pouvoir s'en empêcher et en manière d'exclamation, le mot *Maria*. Letulle parle d'un homme qui ne pouvait prononcer trois mots sans intercaler *Monsieur*. Nous connaissons nous-même un vieux monsieur dont la figure grimace quand il parle, sans qu'on puisse dire qu'il a un véritable tic, et qui se rend à peu près incompréhensible en ponctuant presque tous ces mots de ce lambeau de phrase bizarre, *il dit qu'il m'a dit*. En réalité cette émission involontaire d'un son ou d'un mot met en jeu les muscles de la phonation et est un véritable tic, comme on peut dire avec Letulle que l'émission spasmodique et par accès d'un lambeau de phrase correspondant à une idée est un *tic de la pensée*.

Ce n'est pas tout : on peut voir s'ajouter aux mouvements involontaires et à la coprolalie, de l'imitation du geste et de l'imitation de la parole, de l'écholalie.

« Ces deux phénomènes présentent entre eux les plus « grands rapports. Il peut arriver qu'ils ne soient pas « tous deux accentués à un degré égal et cela est aisé « à comprendre. Là, comme en ce qui concerne la « faculté de la mémoire, il y a les *auditifs* et les *visuels;* « tel imite de préférence un son entendu, tel autre « reproduit plutôt un geste vu. C'est un véritable écho « dans les deux cas : dans le premier, le malade répète « un son en écho; dans le second, il reproduit un mou- « vement en écho; et de même que l'un porte le nom « d'écholalie, on pourrait avec raison adopter pour « l'autre la dénomination d'*échokinésie* (ἠχὼ, *écho*, et « χίνησις, *mouvement*) proposé par M. Charcot. » (Guinon). On peut d'ailleurs reproduire expérimentalement l'écholalie et l'échokinésie chez des hypnotiques pendant la période somnambulique (1) : il suffit de placer la main sur le vertex de l'hypnotique pour lui faire répéter des phrases entières ou imiter du premier coup et sans hésiter les mouvements les plus compliqués : c'est l'*échomatisme* que Marie propose d'opposer à l'automatisme.

Cette imitation est d'ailleurs purement impulsive et réflexe, et il est facile de se rendre compte du mécanisme de sa production par une hypothèse : pour l'écholalie par exemple, le centre auditif des mots serait relié d'une manière constante avec le centre des images motrices chargé de la parole; à l'état normal, le mot entendu tend à passer du premier centre au deuxième et à être prononcé. Si cela n'a pas lieu, c'est parce que le centre d'idéation volontaire, qui domine

(1) Guinon, *loc. cit.*, p. 69.

les deux autres, exerce sur eux une action modératrice, une action d'arrêt, et intercepte le passage du mot dans son trajet. Que ce centre d'idéation volontaire vienne à être supprimé, comme dans le somnambulisme profond dans lequel on sait que la volition est abolie, la suggestion auditive est transmise du centre de l'audition au centre moteur qui répond mécaniquement par l'articulation du mot. Une explication analogue s'appliquerait également à l'échokinésie. Le phénomène peut être ramené à des termes à peu près identiques, quoiqu'il soit un peu plus complexe lorsque le malade, sur un ordre parlé, exécute un mouvement en répétant l'ordre reçu.

L'état dans lequel se trouve le malade atteint de tic complexe est analogue à celui de la somnambule sur la tête de laquelle on maintient sa main. On sait du reste que dans quelques rares cas de lésions cérébrales on a pu noter l'écholalie. Cantilena (1) en a rapporté un intéressan exemple : une femme de soixante-quatre ans, ayant depuis deux ans des convulsions épileptiformes, est amenée à l'hôpital avec une hémiplégie droite. Quand on lui demandait : *che male hai?* elle répondait deux ou trois fois *che male hai? che male hai?* et de même elle répétait les dernières paroles de toute demande qui lui était adressée. Elle paraissait d'ailleurs absolument indifférente aux paroles qu'elle prononçait et à tout ce qui l'entourait. A l'autopsie, on trouva plusieurs tumeurs cérébrales. Là encore la conscience et la volonté se trouvaient annihilées et im-

(1) Cantilena, *Ecolalia, emiplegia destra, cerebrale, corticale*. (*Lo Sperimentale*, 1880).

puissantes à empêcher le passage du centre de réception au centre de reproduction des perceptions auditives.

L'écholalie, l'échokinésie, l'exécution des ordres donnés n'est peut-être pas aussi fréquente que la coprolalie dans les observations françaises, bien que tous ces phénomènes soient notés expressément dans plusieurs observations et surtout dans la deuxième de Gilles de la Tourette; c'est surtout dans celles des auteurs étrangers qu'ils sont accentués.

Dans l'observation des officiers de la marine américaine, rapportée par Hammond, ceux-ci virent le capitaine du bateau sur lequel ils se trouvaient s'approcher tout à coup d'un domestique et frapper ses mains l'une contre l'autre juste devant la figure de celui-ci; immédiatement le domestique frappa ses mains de la même façon et continua son chemin avec un regard courroucé. Il semblait que cet homme fût atteint d'un trouble psychique particulier qui le forçait à imiter tout ce qui se présentait brusquement à ses sens. Frappait-on quelque chose brusquement devant lui, il frappait aussi; entendait-il un bruit soudain, il l'imitait instantanément. Pour l'ennuyer, quelques passagers imitaient des cris d'animaux, criaient des mots bizarres, frappaient des mains, sautaient, jetaient leur chapeau sur le pont; immédiatement le pauvre domestique en faisait autant; même lorsque toutes ses pratiques l'avaient rendu furieux de colère, il les imitait toujours. Parfois, pour échapper à ses persécuteurs il s'enfermait à l'office, mais là encore on l'entendait répéter comme un écho les cris et les bruits du dehors.

Une fois le capitaine, en se précipitant vers lui et

en frappant des mains, glissa et tomba lourdement sur le pont; sans avoir été touché par le capitaine, il frappa immédiatement des mains en poussant un cri, glissa et tomba aussi lourdement et presque absolument dans la même position que lui. — C'était un homme d'un âge moyen, bien constitué, l'air assez intelligent et sans que rien pût faire soupçonner l'affection dont il était atteint.

G. Beard avait déjà signalé ces phénomènes chez les Sauteurs du Maine et du New-Hampshire. Un sauteur, dit-il, est assis et tient un couteau à la main; on lui ordonne de le jeter et immédiatement il le lance avec une telle force, qu'il va se ficher dans une poutre en face de lui. En même temps le sauteur répète l'ordre avec une sorte de cri d'alarme comme celui de l'hystérie ou de l'épilepsie. Si deux sauteurs sont l'un auprès de l'autre et qu'on leur commande de frapper, ils se frappent violemment en répétant : *Frappe-le*. Un de ces sauteurs était à une fenêtre peu élevée ; on lui crie : *saute*, et il sauta en répétant l'ordre donné. A l'un d'eux, Beard fit répéter comme un écho le premier vers de l'Énéide et le premier vers de l'Iliade ou des mots anglais n'appartenant pas à la langue usuelle. L'ordre proféré, la voix humaine, ne sont pas indispensables pour que le sauteur jette ce qu'il tient, frappe, saute, etc.; un bruit soudain, pourvu qu'il soit suffisamment fort et imprévu, a la même influence : l'un d'eux se coupa presque la gorge en entendant claquer une porte tandis qu'il se rasait.....

Thornton rapporte des faits absolument comparables : un jeune jumper de passage dans une localité était devant le maître de poste, un vieillard de soixante-

cinq ans, lorsque quelqu'un cria: *Prends-le à la gorge;* aussitôt le jumper bondit comme un chat et prit l'autre à la gorge, le serrant fortement jusqu'à ce qu'on l'eût arraché à ses mains. Un autre se trouvait devant un poêle rouge : *touche le poêle*, crie un de ses voisins, et le jumper d'y laisser immédiatement deux larges lambeaux de l'épiderme de ses mains.

On pourrait multiplier les exemples : empruntons-en encore deux à O'Brien. Une femme malaise, âgée et très respectable, causait avec lui lorsque celui qui l'avait amené ôta son habit ; aussitôt elle commença à se dévêtir et elle se serait mise nue si on ne l'avait arrêtée. Un autre latah, cook d'un steamer, tenait son enfant sur ses bras, lorsqu'un matelot prenant un billot de bois se mit à le bercer, ce que le latah imita immédiatement. Puis le matelot ayant jeté son billot sur le pont, le latah en fit autant de son enfant qui se tua sur le coup.

M. Charcot a ajouté un chapitre important à la symptomatologie des tics convulsifs, en montrant qu'il existait dans les formes graves des phénomènes psychiques particuliers, des *idées fixes*. Guinon en a trouvé chez trois de ses malades ; elles étaient surtout marquées chez l'un d'eux, qui présentait de *l'arithmomanie :* il ne pouvait ouvrir une porte sans toucher, cinq, dix, vingt fois le bouton ou sans faire autant de fois le simulacre de le tourner ; il ne prononçait jamais le nombre six ; quand il a déplacé un objet, il le remet cinq ou sept fois à sa place avant de le déposer définitivement. Cette manie s'étant accentuée, il ne pouvait plus rien faire sans tourner cinq ou sept fois

sur lui-même ou sans faire cinq ou sept pas en cercle. Un autre avait la manie de ranger les objets d'une façon symétrique : il lui arrivait aussi de partir brusquement pour un endroit quelconque de Paris avec l'idée assurée que tel de ses amis devait s'y trouver. Nous avons vu que notre petite malade présentait quelque chose d'analogue, quoique à un degré atténué : elle cherche plusieurs fois au même endroit un objet qui n'y est pas et qu'elle est persuadée y avoir placé.

Ces idées involontaires, automatiques, comme convulsives, sont très comparables, ainsi que l'a fait remarquer M. Charcot, aux mouvements convulsifs eux-mêmes et Buccola (1) a comparé les idées fixes, véritables convulsions de l'idée, aux mouvements spasmodiques d'un muscle. De même que la volonté ne peut plus empêcher la manifestation extérieure du mouvement qui caractérise le tic, de même elle est impuissante à faire disparaître l'impression laissée par une idée donnée sur le groupe des cellules qui lui sont dévolues.

Nous en aurons fini avec l'histoire de ces tics convulsifs lorsque nous aurons dit qu'il n'y a chez eux aucune autre manifestation morbide, et en particulier une intégrité absolue des organes de la vie organique. La vie du malade n'est pas menacée et il pourra vivre de très longues années avec son tic que celui-ci soit simple ou s'accompagne d'écholalie, d'échokinésie et d'idées fixes. Il est possible qu'au début on puisse arriver à force de patience et de volonté à faire disparaître un tic localisé chez un enfant, comme certaines obser-

(1) Buccola, *Riv. sper. di frenatria*, 1880. Cité par Guinon.

vations tendraient à le prouver. Malheureusement jusqu'à présent rien ne nous autorise à croire à la possibilité de modifications dans un sens favorable, lorsque la maladie des tics est nettement constituée. Il peut y avoir des périodes de rémission comme il y en a d'exacerbation ; en réalité, la maladie est incurable et l'on peut répéter avec Beard : une fois sauteur, toujours sauteur.

§ 5. PARAMYOCLONUS MULTIPLEX

Nous rapprocherons de la maladie des tics convulsifs une curieuse affection, décrite pour la première fois sous ce nom par Friedreich (1) qui en donna une observation. Bientôt après, Löwenfeld (de Munich) en publie un deuxième cas (2) sous le nom de *myoclonus spinalis multiplex;* une troisième observation est due à Silvestrini (3), et Remak a présenté un malade à la Société de Psychiatrie (4). Enfin, M. Marie a observé un fait du même genre à la clinique de M. Charcot et va prochainement le publier, avec les précédents, dans le *Progrès médical* (5). Nous le remercions sincèrement de l'obligeance avec laquelle il nous a confié les bonnes feuilles de son mémoire, ce qui nous a considérablement facilité la rédaction de ce chapitre. Ces faits sont les seuls dont nous ayons connaissance, car nous pen-

(1) Friedreich, *Neurol. Beobacht. (Virchow's Arch.*, Bd LXXXVI, p. 421, 1881).

(2) Löwenfeld, cité par Marie.

(3) Silvestrini, *Rivista Contemp.*, 1884.

(4) Remak, *Myoclonus multiplex*, analysé dans *Arch. de neurologie*, 1885.

(5) P. Marie, *Paramyoclonus multiplex (Prog. méd.*, 1886).

sons que l'observation rapportée par Colaneri (1) dans sa thèse récente n'a pas de rapport avec ceux que nous venons d'indiquer. Quant au cas publié par Grace Peckham sous le nom de *rythmical myoclonus* (2), il nous paraît se rapprocher de l'affection décrite par Friedreich, mais les détails de l'observation faisant défaut sur quelques points importants, nous ne pouvons l'affirmer.

L'affection consiste en secousses offrant ce caractère particulier de n'atteindre qu'un nombre de muscles limités des extrémités inférieures et supérieures, parfois aussi du tronc : il semble que le triceps brachial, le triceps crural, le semi-tendineux soient parmi les plus souvent atteints, autant du moins qu'on puisse en juger d'après un aussi petit nombre d'observations. *Les muscles de la face n'étaient pris dans aucun cas.* D'ailleurs les secousses peuvent porter sur un muscle ou sur un autre isolément et elles montrent une certaine indépendance les unes des autres. On peut noter, avec Löwenfeld, que la généralisation plus ou moins marquée des secousses est en rapport avec leur intensité.

Le nombre de ces secousses est variable suivant les malades, suivant les muscles, suivant le moment de l'examen. De 5 à 10 par minute dans les cas de Friedreich et de Marie, il montait à 36 en 15 secondes sur un muscle chez le malade de Löwenfeld. D'ailleurs comme le montrent bien les tracés de Marie, il y a tantôt une secousse unique, tantôt plusieurs secousses

(1) Colaneri, *Des secousses musculaires*, Th. Paris, 1884.
(2) G. Peckham *Archives of medicine*, 1883.

plus ou moins fusionnées. Leur intensité n'est parfois pas assez grande pour amener un mouvement; d'autres fois au contraire le mouvement a une grande étendue. Lorsque le malade de Marie était debout, il se produisait un phénomène assez singulier qui déterminait une légère flexion sur les genoux. Ces secousses disparaissaient pendant le sommeil et pendant l'exécution des mouvements volontaires, quoique ceux-ci n'aient pas toujours une influence d'arrêt absolue.

Un point intéressant est que ces malades, comme ceux que nous avons vus atteints de saltation irrésistible, présentent une irritabilité réflexe exagérée, notamment pour les réflexes cutanés. Aussi peut-on produire artificiellement les secousses en chatouillant la plante des pieds, par exemple; le même résultat s'obtient par l'action de l'air froid sur la peau mise à nu (Friedreich). La percussion du tendon rotulien gauche, chez le malade de Marie, déterminait l'apparition des secousses, tandis que la percussion du tendon rotulien droit ou la recherche du réflexe du coude était sans résultat. Certaines autres manœuvres comme une surcharge sur le bras tendu, la pression prolongée des muscles, etc., amenaient également des secousses.

Il n'y a rien à noter ni du côté de la force musculaire ou de la coordination, ni du côté des différents modes de la sensibilité.

Le paramyoclonus sè rapproche donc de la maladie des tics convulsifs par ses contractions musculaires involontaires, cessant pendant le sommeil et pendant les mouvements volontaires, mais certains caractères lui assignent cependant une place à part : les secousses n'atteignent pas les muscles de la face, elles sont sem-

blables à celles que déterminerait une décharge électrique et n'offrent pas le caractère de mouvement plus ou moins coordonné de celles des tiqueux. Enfin, elles sont déterminées artificiellement par des excitations cutanées ou tendineuses, ce qui n'a pas lieu pour les tics.

Nous n'essayerons pas ici non plus de donner une physiologie pathologique ; tout ce que nous pouvons dire c'est qu'il s'agit vraisemblablement d'une excitabilité réflexe exagérée de la substance grise motrice de la moelle comparable à celle de la neurasthénie, en un mot d'une véritable névrose.

III. CHORÉES ARYTHMIQUES



Les chorées arythmiques forment un groupe qu'il faut bien distinguer de celles que nous avons étudiées au début de ce travail, et qui constituent la véritable danse de Saint-Guy, la chorée épidémique des Germains et la Chorea major actuelle.

La plus importante est l'affection dont Sydenham a tracé le premier la description et à laquelle il a donné un nom qui a prévalu. Le choix de ce nom, nous l'avons dit, était malencontreux, car ayant déjà été appliqué à une affection différente, il devait forcément amener des confusions regrettables. Il est d'ailleurs impossible de le changer, aujourd'hui qu'il est entré dans les habitudes des médecins et il serait difficile d'en trouver un autre qui pût s'appliquer sans conteste à la névrose que nous allons étudier. Le moyen d'éviter toute erreur, et ce serait en même temps un acte de justice, serait de donner à la *chorée vulgaire*, à la *chorea minor*, le nom de celui qui l'a découverte et de la nommer *chorée de Sydenham.*

De fait, il est certain qu'avant lui on ignorait cette affection ; G. Sée a bien fait voir que le *scélotyrbe* d'Hippocrate et de Galien n'avait rien à faire avec elle,

et se rapportait vraisemblablement à une sorte de paraplégie incomplète.

Nous placerons dans le même groupe des chorées arythmiques, à mouvements incohérents, contradictoires et illogiques, la *chorée prae* ou *posthémiplégique;* comme l'ont bien montré M. Charcot et ses élèves, les mouvements de celle-ci sont de même nature que ceux de la chorée de Sydenham et n'en diffèrent que par leur pathogénie. Enfin, nous aurons à montrer que l'*athétose* et l'*hémiathétose* se rapprochent par une série d'intermédiaires de l'hémichorée posthémiplégique, à côté de laquelle elles doivent être placées dans une classification naturelle (Charcot).

§ I. CHORÉE DE SYDENHAM

« La chorée, dit Sydenham, est une espèce de con-
« vulsion à laquelle sont sujets les enfants de l'un et
« l'autre sexe, depuis l'âge de dix ans jusqu'à qua-
« torze ; elle se manifeste par une espèce de boitement
« ou plutôt de non-stabilité de l'une ou de l'autre jambe
« que le malade, en voulant marcher, tire à soi à la
« manière des idiots. La main du côté de la jambe affec-
« tée l'est aussi, et cette main, appliquée à la poitrine
« ou à toute autre partie, n'y peut rester fixée, même
« momentanément. Elle change de place à chaque ins-
« tant, quelque effort que le malade fasse pour l'en
« empêcher ; lorsqu'il veut avec cette main porter le
« verre à la bouche pour boire, il ne peut l'y porter
« directement, mais seulement après mille gesticula-
« tions avant d'y parvenir, faisant plusieurs aberrations
« et écarts à la manière des histrions, jusqu'à ce qu'en-

« fin le hasard lui faisant rencontrer la bouche, il vide « rapidement le verre et avale le liquide qu'il contient « d'un seul trait, comme s'il voulait faire rire les spec- « tateurs. »

On n'a guère ajouté à la description du grand clinicien anglais que quelques points de détails relatifs à l'état parétique de l'appareil musculaire et à l'état psychique des malades. Immédiatement après l'esquisse tracée par Sydenham, ses compatriotes, R. Mead, Ewart et surtout Cullen, étudièrent la nouvelle affection. Les cliniciens allemands du siècle dernier lui consacrèrent aussi un assez grand nombre de dissertations. En France, elle ne commença à être réellement connue qu'à partir du Traité didactique de Bouteille qui, par sa clarté et sa précision, est resté la source où tous les auteurs sont allés puiser. Le mémoire de G. Sée, paru en 1850, marqua une nouvelle date dans l'histoire de la chorée. Peu de maladies ont donné lieu à autant de travaux et il faudrait un volume pour en donner une simple bibliographie. Nous renvoyons à celle, très exacte et déjà très complète, que M. Raymond a annexée à son excellent article du Dictionnaire encyclopédique.

Nous décrirons différentes variétés symptomatiques dans la chorée de Sydenham : 1° la *chorée de Sydenham proprement dite* ou type ; 2° la *chorée molle* des auteurs anglais ; 3° la *chorée de la grossesse ;* 4° la *chorée des adultes et des vieillards*, à laquelle nous rattacherons certaines formes décrites récemment sous le nom de *chorée héréditaire*.

1° *Chorée de Sydenham proprement dite.*

La chorée de Sydenham est un maladie de l'enfance et se montre surtout depuis la seconde dentition jusqu'à la puberté. On a signalé quelques cas exceptionnels où la chorée aurait été congénitale, ils restent douteux. Les auteurs sont d'accord pour admettre que le maximum de fréquence a lieu de six à onze ans, puis de onze à quinze (statistiques de G. Sée : 49.22 pour 100 de 6 à 15 ans et 29.86 pour 100 de 11 à 15; de Pye-Smith à Guy's Hospital, 42.5 pour 100 de 6 à 15 ans, 30.1 pour 100 de 11 à 15; de Steiner, 82.3 du chiffre total pour les enfants de 6 à 15 ans).

Le sexe féminin constitue par lui-même une prédisposition et les statistiques prouvent encore que les chorées chez les petites filles constituent les 2/3 des cas.

En dehors du rhumatisme et des affections cardiaques dont nous nous occuperons plus loin d'une façon spéciale, on trouve souvent au début de la chorée une émotion morale vive, fréquemment la *crainte* ou l'effroi. On cite des cas assez nets où les mouvements choréiques se montrèrent immédiatement après une frayeur; M. de Beurmann nous a communiqué le fait d'une jeune femme prise de chorée quelques heures après avoir vu un homme se jeter du haut de la colonne de Juillet. Mais Sturges a certainement exagéré l'importance de la peur et les partisans de l'origine rhumatismale ont formulé des réserves. On a accusé aussi, mais sans preuves suffisantes, des habitudes précoces de masturbation.

L'*imitation* joue un rôle manifeste, soit qu'elle amène la chorée elle-même comme le croit Ziemssen, soit qu'elle détermine seulement des phénomènes analogues à ceux de la maladie elle-même. La *simulation* est signalée par tous les auteurs et M. Roger estime que, dans les hôpitaux d'enfants, un cinquième des cas doit lui être rapporté (communication orale).

Le plus souvent la chorée de Sydenham, chorée vulgaire, *chorea minor*, se manifeste lentement, graduellement, à la suite d'une période prodromique dont la durée est indéterminée et les caractères irréguliers et changeants. C'est surtout l'état général et l'intelligence qui sont touchés au début. L'enfant qui va avoir la chorée, se plaint de céphalalgie, de douleurs vagues dans les membres, il digère mal, il a un je ne sais quoi d'indéfinissable. Bientôt il perd sa gaieté, devient capricieux, impressionnable ; il s'irrite, s'impatiente ou s'effraie et pleure sans cause ; il renonce aux jeux de son âge pour rechercher la solitude. En même temps l'activité intellectuelle baisse et surtout la force d'attention diminue. L'enfant devient inattentif et oublieux en classe, il ne sait plus ses leçons, ne fait plus ses devoirs et s'attire des réprimandes qu'il reçoit souvent d'un air moqueur.

En même temps que ces bizarreries morales, il y a une tendance singulière au déplacement, un besoin incessant de se mouvoir. Le petit malade ne tient plus en place et a déjà des mouvements insolites et maladroits. Il fait la grimace, renverse ses aliments ou brise son verre à table. Au bout de quelques jours les mouvements deviennent plus brusques, plus saccadés et la chorée s'établit de façon à ne pas laisser de doute.

Schmitt (1) a insisté sur les cas dans lesquels les prodromes sont constitués par des symptômes d'irritation spinale : douleurs à la pression des apophyses épineuses; douleurs rhumatoïdes de l'épaule, démangeaisons à l'anus et à l'orifice des fosses nasales, lassitude générale, etc. Quelquefois les malades voient des étincelles, ont des terreurs dans le jour et de l'insomnie pendant la nuit.

Dans quelques circonstances le début est brusque. La chorée survient à la suite d'une peur, d'une émotion morale vive, ou bien elle est immédiatement précédée d'une attaque épileptiforme ou hystériforme. Il n'y a pas jusqu'aux phénomènes comateux, ataxiques et apoplectiformes qui n'aient été signalés dans quelques observations.

Quel que soit le mode de début, la chorée confirmée présente une série de phénomènes dont les plus caractéristiques sont les troubles des mouvements. « La spontanéité du passage des contractions d'un groupe musculaire à un autre, l'inépuisable activité des muscles, la rapidité avec laquelle certaines convulsions apparaissent et disparaissent, la lenteur et la gaucherie des mouvements volontaires, les contrastes que présente le facies, grimaçant par instants, inerte et comme hébété dans l'intervalle des spasmes, tout, en un mot, forme un tableau caractéristique qu'il n'est guère possible de méconnaître. » (Ziemssen).

C'est généralement le bras qui se prend le premier. La claudication, que Sydenham et Bouteille considèrent comme le premier de tous les phénomènes, ne précède

(1) Schmitt, *Revue des Sc. médicales,* III, 174.

que très rarement l'agitation des membres supérieurs. Plus rarement encore la chorée atteint tous les muscles à la fois. Généralement elle commence d'un côté pour s'étendre à la face, au tronc, aux membres inférieurs, à tous les muscles de la vie de relation.

L'anarchie la plus grande règne dans les contractions musculaires et les mouvements se succèdent avec une vélocité telle qu'il n'est aucune attitude vicieuse, aucune position étrange que ne puissent prendre les parties affectées.

La physionomie surtout présente un tableau grotesque et pénible à voir. Elle prend successivement les expressions les plus bizarres et les plus ridicules. Un sourire à peine ébauché se change en grimace; la colère, l'indignation, la joie, l'étonnement, le mépris, la tristesse, le cynisme ; toutes les passions les plus diverses et les plus opposées viennent tour à tour se dessiner sur le visage. Le front se plisse et se déplisse alternativement, en faisant subir à la calotte cranienne des mouvements d'attraction et d'éloignement; les sourcils se relèvent ou se dépriment, les paupières clignotent et se ferment; les narines sont vivement dilatées, les commissures labiales déviées et tiraillées. Quelquefois les élévateurs de la mâchoire se contractent et donnent lieu à du trismus. Tuckwell a vu chez une petite fille trois incisives brisées à la suite du rapprochement des mâchoires. Les joues se plissent; la langue frappe contre le voile du palais en produisant un bruit analogue à celui que font les cochers pour exciter leurs chevaux. Dans quelques cas il y a des morsures de la langue et des lèvres.

Les yeux se prennent plus rarement; mais lorsqu'ils

sont atteints, ils oscillent sur place, tournent sur eux-mêmes, et convulsent dans divers sens et viennent compléter dans la physionomie l'expression donnée par les autres contractions musculaires. En même temps, les muscles du cou entrent en jeu; la tête tourne, se met dans l'extension ou la flexion.

La parole est presque toujours considérablement modifiée; il y a de l'hésitation, de l'embarras dans l'articulation des mots, un certain degré de bégaiement, tenant uniquement au mécanisme de la prononciation. Les linguales et les labiales sont surtout difficiles à articuler. Il y a des choréiques qui éprouvent de l'hésitation à lancer le premier mot et ensuite parlent avec une volubilité excessive ; chez d'autres, au contraire, la parole est embarrassée, traînante. La voix s'échappe souvent par saccades et donne lieu à des notes graves et aiguës qui simulent de l'aboiement, des cris, des sifflements. Ce qui manque surtout, c'est une expiration régulière, soutenue; les malades ne peuvent chanter. Les spasmes des muscles de la face et de l'abdomen expliquent en partie ces troubles de la phonation. L'examen laryngoscopique a montré que les cordes vocales y participaient également : leur tension n'est presque jamais simultanée et complète ; nous avons déjà vu qu'on avait donné à ces phénomènes le nom impropre de chorée du larynx.

Les muscles de la mastication et de la déglutition sont plus rarement atteints ; mais quelques enfants sont obligés de se livrer à des efforts considérables pour mâcher et avaler leurs aliments, et il faut quelquefois avoir recours à l'alimentation artificielle. Les sphincters dans quelques cas laissent échapper les matières

poussées par les contractions des muscles abdominaux.

De tous les muscles, les plus vivement affectés sont ceux des membres. Pour placer le doigt en un point donné, sur la tête, par exemple, l'enfant relève brusquement le bras, choque le visage, fait un détour, un grand mouvement excentrique, finit par atteindre le but qu'il cherche, mais ne peut y maintenir la main. Quoi de plus caractéristique que les gesticulations que fait l'enfant pour boire et que nous décrit si bien Sydenham ! Si on donne au malade un doigt à serrer, on sent généralement que la pression s'exerce avec la même force qu'à l'état naturel, mais elle n'est pas continue; on sent une série d'efforts. En dehors de toute action volontaire, le bras entraîné par les muscles de l'épaule est écarté du tronc, tourné dans un sens ou dans l'autre; la même chose se produit pour l'avant-bras et la main. C'est la *folie musculaire* des auteurs.

Aux membres inférieurs, l'instabilité musculaire est la même; de là une démarche toute spéciale; des espèces d'enjambées, de glissades, d'écarts, de sauts irréguliers. Parfois la cuisse est fléchie violemment sur le bassin et le malade tombe. Pour peu que l'agitation choréique soit prononcée, il ne peut marcher sans être soutenu et, chez un malade de Ziemssen, les contractions des masses musculaires des fesses étaient si violentes que les pieds quittaient le sol et l'enfant restait suspendu aux bras des personnes qui l'accompagnaient.

Ce qu'il y a de tout spécial c'est qu'aucune de ces manifestations n'est semblable à elle-même au même instant. Toutes au contraire se combinent à l'infini et il est difficile d'en donner une description fidèle. Il

semble que le malade soit impuissant à maintenir ses muscles dans un état d'équilibre permanent et que pour remplacer la stabilité qui leur manque, il y supplée par le nombre, la rapidité et la force des contractions (G. Sée).

Dans l'état de chorée grave, l'état des enfants est véritablement lamentable ; l'alimentation est difficile et même dangereuse; les frottements incessants produisent des excoriations à la peau et usent les parties molles et il faut coucher les malades par terre sur des matelas pour éviter les chutes et les blessures.

Toutes les émotions exagèrent les mouvements choréiques. Si l'enfant s'observe, s'aperçoit qu'il est l'objet de l'attention, immédiatement il entre dans une excitation évidente. Dans les cas légers cependant il peut, sous l'empire de sa volonté, suspendre les mouvements pendant quelques instants.

Les variations de la température agissent comme les impulsions morales ; le froid et l'humidité exagèrent les contractions.

Dans les moments de calme, les mouvements peuvent s'amender au point de passer inaperçus, ce qui a fait croire aux chorées intermittentes. Mais on peut facilement s'assurer qu'il y a toujours de petites convulsions isolées.

Le passage de la veille au sommeil est difficile; les mouvements cessent dès que celui-ci est arrivé, et si on les observe, c'est que le malade rêve.

Le chloral à hautes doses et le chloroforme suspendent également les convulsions choréiques. On ne sait pas au juste comment agit l'électricité. Trois fois

Rosenthal a vu les courants faradiques exagérer les contractions.

Les fibres lisses sont quelquefois atteintes. Hasse, Rosenthal, Ziemssen, Trousseau signalent la dilatation de la pupille devenue insensible à la lumière. Cadet de Gassicourt (1) cite dans ses cliniques un cas très remarquable de dilatation et de resserrement alternatif de la pupille en dehors de l'action de la lumière. Il en résultait un phénomène bizarre, la suppression brusque de la vision, qui reparaissait peu à peu lorsque cessait la mydriase. Les muscles lisses des bronches, de l'intestin, de la vessie ne paraissent pas touchés.

La chorée n'est pas toujours aussi généralisée que celle que nous venons de décrire. L'invasion d'une moitié seule du corps n'est pas rare. Germain Sée a noté l'hémichorée 97 fois sur 154 observations; Russell, 29/97; Pye-Smith, 33/150. Le côté gauche est pris un peu plus souvent que le droit. D'autres fois elle est encore moins étendue, n'atteint que la jambe, le bras, l'avant-bras même et la main. Concato (2) a cité un cas de chorée du muscle long péronier latéral. Baumes, Richter, Wöltge (cités par Raymond) parlent de chorée croisée, le bras d'un côté et la jambe du côté opposé étaient atteints en même temps. Wilhelm (1825) cite même un cas de chorée alternante; les membres supérieurs, puis les inférieurs étaient atteints tour à tour. On peut, en raison de la date de l'observation, se demander si c'était bien de la chorée vraie. Hadden (3) a récemment rapporté trois cas de chorée chez des pe-

(1) Cadet de Gassicourt, *Leçons sur les maladies des enfants.*
(2) Concato, *Riv. clin. di Bologna*, 1873.
(3) Hadden, *Cases of chorea* (*Brain*, 1884-85).

tites filles dans lesquels il y avait prédominance des gesticulations du côté droit et même, dans l'un d'eux, parésie marquée du bras droit; dans ces cas il survint de l'aphasie transitoire.

Malgré l'exagération des contractions musculaires, il ne semble pas qu'il y ait de fatigue. Les mouvements spontanés involontaires n'épuisent pas la force musculaire comme le feraient les mêmes contractions sous l'influence de la volonté. Néanmoins, il y a toujours un certain degré de faiblesse qui se manifeste surtout pendant les contractions volontaires. La plupart des auteurs ont signalé cette parésie dans le cours de la chorée, mais souvent sans y attacher d'importance. Todd (1), Samuel Wilks (2) en Angleterre ont insisté sur ces paralysies; Ch. West (3) et Gowers (4) plus récemment les ont bien décrites. En France, Trousseau leur a consacré une page de ses cliniques; dernièrement, Ollive en a fait le sujet de sa thèse inaugurale.

Cet affaiblissement musculaire n'avait pas échappé à Bouteille qui reproche à Sydenham d'avoir regardé la chorée comme une espèce de convulsion. « Car le côté lésé offre des chairs molles, flasques où le ressort des fibres paraît dans un relâchement total. » Cette paralysie occupe les membres les plus affectés; le bras le plus agité de convulsions est en même temps le plus lourd; la jambe la plus malade est celle que l'enfant traîne le plus en marchant. L'affaiblissement musculaire est aussi mobile que les convulsions; si la chorée

(1) Todd, *Clinical lectures on paralyses*, London, 1856.
(2) S. Wilks, *Lect. on Dis. of the nerv. system.*
(3) Ch. West, *Clin. des mal. des enfants*, trad. Archambault.
(4) Gowers, *Brit. med. Journ.*, 1881.

a tout d'abord frappé spécialement un côté du corps et que la paralysie ait été plus prononcée de ce côté-là, on verra l'autre côté s'affaiblir lorsque les mouvements y deviendront prédominants. Cette paralysie disparaît presque toujours avec les convulsions et ne laisse jamais à sa suite d'atrophie musculaire. Elle peut se limiter à un bras, à une jambe, prendre la forme hémiplégique ou paraplégique. La paralysie du larynx est rare, mais plus fréquente que celle du voile de palais qui n'a été notée que deux fois. Lorsque l'affaiblissement musculaire est très prononcé, les mouvements choréiques diminuent pour reparaître lorsque la force revient.

Quelquefois, la paralysie se manifeste seulement à la fin de la chorée et alors elle a un début brusque ; le petit choréique de la veille est le paralysé du lendemain; la flaccidité des membres a succédé aux contorsions dans l'espace de quelques heures. Ces paralysies terminales sont plus longues à disparaître. Il semble que la chorée ait épuisé toutes les forces du malade et cependant on ne les observe pas de préférence dans les cas où les mouvements ont été le plus intenses.

Les troubles *sensitifs* des choréiques ne sont nullement comparables aux phénomènes moteurs. Il existe cependant des douleurs spontanées : c'est une sensation pénible, mal définie, sur le trajet des os au voisinage des articulations. Dans quelques cas, il y a de la céphalalgie et de la rachialgie. Triboulet (Thèses de Perrigault, 1865, Rousse, 1865, Mohamed Saïd, 1869) a trouvé des points douloureux à l'émergence des nerfs rachidiens, surtout de la deuxième paire lombaire, de

la première dorsale et de la septième cervicale. Guérin (1) en a signalé sur le trajet des différents nerfs; O. Rosenbach (2), avec l'électricité a trouvé des points apophysaires, thoraciques et lombaires, dont Seifert (3) précise encore la situation. Marie (4) vient de publier un intéressant travail sur l'existence de points ovariens dans la chorée de Sydenham. Sur 27 malades qu'il a observés, il a trouvé 10 fois l'ovarie à droite, 10 fois à gauche, 4 fois double. Dans quelques cas la douleur était assez intense pour être signalée par les parents ou la malade sans qu'il fût nécessaire de la rechercher. Chez une femme enceinte de six mois, le point ovarien était à quatre centimètres au-dessus de son niveau normal. Le côté où siège le point ovarien est toujours celui où ont débuté les mouvements anormaux, et lorsque l'ovarie est double, elle est plus intense du côté où les mouvements se sont montrés tout d'abord. Nous devons à l'obligeance de M. Féré deux nouvelles observations d'ovarie dans le cours de la chorée.

La sensibilité générale est quelquefois exaltée, d'autrefois diminuée; la sensibilité spéciale peut même être atteinte. Russell a cité une observation d'hémichorée droite chez une fille de vingt-sept ans avec parésie, abolition complète de la sensibilité générale, diminution de la sensibilité spéciale; le champ visuel était rétréci du côté droit; les impressions auditives, gusta-

(1) Guérin, Thèse de Paris, 1876.
(2) O. Rosenbach, *Arch. f. psych.*, 1876, p. 830.
(3) Seifert, *Chorea minor (Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, t. XX).
(4) P. Marie, *De l'ovarie dans la chorée de Sydenham (Progr. méd.* janv. 1886).

tives et olfactives étaient moins vives à droite qu'à gauche. Marie, sur 20 malades, a noté trois fois le rétrécissement du champ visuel et une fois de la diplopie monoculaire. Ce rétrécissement du champ visuel a été également constaté par Thomsen et Oppenheim (1); mais ces auteurs croient que c'est un phénomène banal qu'on rencontre dans beaucoup d'affections nerveuses et ne lui attribuent pas d'importance.

L'*état mental* des choréiques est modifié dans les deux tiers des cas. Marcé (2) qui a très bien étudié cette question, distingue quatre degrés dans les troubles psychiques : 1° Troubles de la sensibilité morale, tristesse ou gaieté; 2° troubles intellectuels, diminution de la mémoire, mobilité des idées; impossibilité de fixer l'attention; 3° hallucinations qui surviennent dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil et qui peuvent quelquefois amener de l'excitation et du délire; 4° délire maniaque, état fort grave qui dans plus de la moitié des cas amène la mort ou laisse à sa suite des troubles intellectuels de durée variable. Ball (3) a insisté sur les troubles graves de l'intelligence et a décrit une véritable folie choréique; mais tous les faits qu'il cite ne sont pas comparables et quelques-uns appartiennent certainement à la maladie des tics convulsifs. Le fait est cependant possible et récemment Wiglesworth (4) rapportait encore deux faits dans lesquels les troubles mentaux avaient été assez marqués pour que

(1) Thomsen et Oppenheim, *Arch. f. Psychiatrie*, 1884.

(2) Marcé, *De l'état mental dans la chorée (Mém. de l'Ac. de méd.*, 1860).

(3) Ball, *Leç. sur les malad. mentales*, 3e fasc., 1882.

(4) Wiglesworth, *Two cases of insanity ass. wik chorea. (J. Ment. sc.*, 1882, t. XXVIII, p. 56).

les malades fussent enfermés dans des asiles d'aliénés. Tuckwell (1), dans un mémoire bien connu, avait déjà cité le fait.

Hâtons-nous de dire que ces auteurs se sont appliqués à décrire les cas les plus graves et que Marcé a certainement noirci le tableau. Le plus souvent les troubles intellectuels du début qui ont pu faire craindre aux parents que l'enfant ne devînt idiot (Ziemssen) cessent avec les mouvements convulsifs. D'autrefois, l'intelligence est tellement débile que la moindre contention d'esprit fatigue les enfants; leur mémoire revient péniblement et ils peuvent être obligés d'interrompre pendant longtemps les études commencées. Ils oublient, dit Brouardel (2), la lecture et l'écriture et ne peuvent arriver à les réapprendre.

Depuis longtemps on a signalé dans le cours de la chorée des éruptions, des excoriations dues au frottement, mais dans ces dernières années on a observé des manifestations cutanées au début de la maladie. Barlow et Warner (3) sur 27 cas de nodules sous-cutanés éphémères en ont trouvé 10 chez des choréiques. Ollivier (4) a publié deux observations de chorée avec urticaire et érythème noueux. Enfin, J. Roberts (5) a vu un choréique atteint de zona et Bokai (6) a récemment publié un cas identique.

Les fonctions organiques ne restent pas étrangères à ces perturbations si variées et si nombreuses. Les ma-

(1) Tuckwell, *Med. chir. Rewiew*, 1867.
(2) Brouardel, *De la chorée (Gaz. des hôp.*, 1874).
(3) Barlow et Warner, *Int. med. cong.*, 1881. London, t. IV, p. 116.
(4) Ollivier, *Man. cutanées de la chorée. (Rev. des mal. de l'enf.*, 1884).
(5) J. Roberts, *Chorea ass. with Herpes zoster. (N.-Y. Hosp. Gaz.*, 1878).
(6) Bokai, *Jahrb. für Kinderh.*, 1884.

lades ont quelquefois des étouffements et même de véritables accès de dyspnée. Presque tous ont des palpitations de cœur. Les désordres du cœur ne sont en rien comparables à ceux des autres muscles; les palpitations n'ont pas l'ampleur et la durée des contractions choréiques; d'autre part elles ne s'observent que s'il y a des lésions valvulaires. Reeves, en décrivant la chorée du cœur, a fait une confusion, car il englobe sous cette dénomination toutes les irrégularités que l'on observe en dehors des affections organiques.

Les palpitations s'expliquent du reste très bien par les lésions inflammatoires que l'on observe quelquefois et aussi par l'état chloro-anémique des malades. Si la chorée se prolonge, le sang s'altère, le visage pâlit, les chairs deviennent flasques, les digestions se troublent, les malades maigrissent et on trouve au cœur et dans les vaisseaux des souffles anémiques.

On connaît peu les modifications de l'urine. Stiebel et Veghelm (cités par Raymond) ont noté une diminution des sels de chaux; d'autres une augmentation des urates. Russell et Foot ont observé de l'albuminurie temporaire. Bence Jones et Kelly ont trouvé une augmentation constante de la quantité d'urée éliminée, ce qui semblerait indiquer que la combustion organique est plus active. Il n'y a pas cependant d'élévation de la température. MM. Charcot et Bouchard, qui ont fait des recherches sur la température centrale dans les cas où les mouvements convulsifs étaient des plus intenses, n'ont pas trouvé de déviation sensible du type normal. Ziemssen est arrivé aux mêmes résultats. Quand il y a de la fièvre, c'est qu'on est en présence d'une complication.

La marche de la chorée est irrégulière et inconstante ; il y a souvent des alternatives d'amélioration et d'exacerbation. Le retour à la santé se fait par atténuation journalière et éloignement progressif des accidents. C'est d'abord dans les membres, puis dans le tronc et la face que les mouvements disparaissent : on ne les observe plus que pendant les actes qui demandent une grande énergie. Parfois il reste un peu d'hébétude, une susceptibilité nerveuse et une exagération de la sensibilité morale.

La durée varie de 2 à 4 mois.

La mort, lorsqu'elle arrive, est presque toujours due à une complication ; quelquefois cependant elle est le fait de l'épuisement dû au manque de repos absolu et à la difficulté de l'alimentation.

La chorée récidive quelquefois au bout de quelques semaines ou de quelques mois. On a décrit une chorée chronique qui se prolonge indéfiniment et résiste à tous les traitements ; nous verrons que celle du vieillard est dans ce cas. Mais c'est là un fait particulier en dehors duquel ce qu'on a appelé chorée chronique était bien souvent un tic convulsif.

2° *Chorée molle.*

Nous avons vu en étudiant les symptômes de la chorée vulgaire, qu'à côté des convulsions il y avait un autre élément non moins important, quoique moins connu, l'affaiblissement musculaire, la paralysie.

Gowers et Ch. West, en Angleterre, ont signalé une forme spéciale de chorée où les termes sont renversés et où la parésie domine la scène. Ils la dési-

gnent sous le nom de *limpchorea*, *chorée molle*, réservant plus spécialement le nom de *paralytic chorea*, *chorée paralytique*, aux parésies qui s'observent dans le cours ou à la fin de la chorée ordinaire. En France, Charcot, Archambault, Ollive en ont cité quelques cas. Ollive (1) y a consacré un chapitre de sa thèse inaugurale, et nous ne saurions mieux faire que de renvoyer à son excellent travail, pour tout ce qui a trait à l'historique de la question.

La chorée molle, suivant la définition de Ch. West, est celle où l'affaiblissement musculaire est, de prime abord, tout à fait hors de proportion avec l'intensité des mouvements choréiques.

Comme dans la chorée vulgaire, il y a souvent des phénomènes prodromiques caractérisés par des troubles psychiques et des modifications de l'état général : irritabilité du caractère, inquiétude, tristesse, hébétude; quelquefois petit mouvement fébrile et léger état gastrique.

Bientôt apparaissent les troubles paralytiques. Ils sont, dans quelques cas, précédés de quelques convulsions dans les membres supérieurs ou la face; le plus souvent, les parents ne s'aperçoivent au début que de l'affaiblissement progressif de l'enfant et ne remarquent les mouvements convulsifs que lorsque le médecin les a signalés à leur attention. La parésie débute tantôt par les membres supérieurs, tantôt par les membres inférieurs pour se généraliser plus tard; quelquefois elle est générale d'emblée.

Les symptômes, on le comprend facilement, varient

(1) Ollive, *Des paralysies chez les choréiques*, Th. de Paris, 1883.

suivant les membres atteints et le degré de la paralysie. Lorsque les bras sont pris les premiers, le petit malade laisse échapper facilement les objets qu'il tient à la main et a même de la difficulté à les saisir. La pression de la main est à peine sensible : un degré de plus et les bras pendent inertes le long du corps sans qu'il puisse les relever.

Lorsque les membres inférieurs sont atteints, la marche prend un caractère particulier. Tout d'abord, l'enfant fait des faux pas, puis il titube et bientôt peut à peine se tenir debout. Si alors on veut le faire marcher, on le voit se précipiter le plus rapidement possible vers une chaise, un meuble qui puisse lui donner un point d'appui, et les quelques pas qu'il fait sont incertains ; quelquefois il s'affaisse avant d'arriver au but. Il n'y a pas d'incoordination motrice. La tête moins soutenue par les muscles de la nuque semble vacillante et penche en avant ou sur les côtés.

Au lit, les bras et les jambes sont immobiles, mais en général l'enfant peut les remuer lorsqu'on le lui commande. Si on soulève les jambes et qu'on les abandonne à elles-mêmes, l'enfant peut à peine les tenir quelques secondes et les laisse retomber inertes sur lit. Ollive, Charcot, Joffroy, qui ont recherché les réflexes tendineux, les ont trouvés abolis.

A la période d'état, la paralysie est quelquefois tellement complète que tous les membres sont inertes et flasques. Il n'est pas jusqu'aux muscles de la phonation et de la mastication qui ne soient atteints. Ch. West nous cite l'observation d'une petite fille « qui ne pouvait plus ni se tenir debout, ni manger seule, ni même parler. Elle restait couchée dans son lit comme un

jeune chien, incapable de s'asseoir et de prendre ses aliments; et même lorsqu'on avait placé des aliments dans sa bouche, ils en ressortaient souvent. Elle n'était pas à proprement parler aphone, car elle essayait de former des sons avec ses lèvres; mais il n'en sortait qu'un très léger murmure et habituellement elle était sans voix. » Les muscles de la langue, du voile du palais et du pharynx sont atteints dans quelques cas, mais plus rarement. L'enfant peut à peine tirer la langue et les aliments refluent par les fosses nasales ou pénètrent dans la trachée. On n'a pas observé de paralysie des muscles moteurs de l'œil.

La *sensibilité* est conservée dans presque tous les cas. Il n'y a pas de troubles trophiques, ni d'atrophie musculaire.

La paralysie n'est pas toujours aussi complète et il y a des cas où seulement un bras ou une jambe sont atteints. Ce sont les plus faciles à reconnaître et peut-être les plus caractéristiques, car on observe alors plus facilement les mouvements convulsifs.

Que deviennent, en effet, les convulsions choréiques dans ces cas de chorée molle? Elles existent, mais sont très légères et demandent à être recherchées : ce sont de petits mouvements dans les muscles de la face ou les membres supérieurs. Si la paralysie est localisée et ne frappe qu'un bras par exemple, les convulsions y sont très peu marquées, mais s'observent plus facilement dans celui qui a conservé sa force normale.

L'état général reste bon. Il n'y a pas de fièvre.

La marche et la durée sont très variables. Quelquefois la chorée molle guérit en cinq semaines (obs. d'Ollive); elle peut durer trois et quatre mois. Quant à

la terminaison, elle peut se faire de deux manières : ou bien la guérison survient directement, c'est la chorée molle proprement dite; ou bien, à mesure que la force revient, les mouvements choréiques s'accentuent et l'affection se transforme en chorée vulgaire. La paralysie disparaît toujours sans laisser d'atrophie musculaire à sa suite.

3° *Chorée de la grossesse.*

Tous les cas publiés avant 1850 se trouvent consignés dans le mémoire de G. Sée. M. Jaccoud (1) a consacré une intéressante leçon aux chorées de la grossesse. En dehors d'un certain nombre de cas isolés, nous devons aussi citer deux thèses toutes récentes, celle de Gaspard (2) et surtout celle de Hervé (3), ainsi que le livre de M. Charpentier (4).

Les choréiques gravidiques se divisent en deux catégories : celles qui ont déjà présenté de la chorée et celles qui en ont pour la première fois au moment de leur grossesse. Les premières ne sont pas les plus nombreuses et d'après un relevé de Jaccoud, sur 31 malades, 9 seulement avaient eu de la chorée infantile. La proportion est donc de 29 pour 100. D'après le même auteur, la chorée gravidique apparaît ordinairement entre 17 et 24 ans.

Hervé, sur 25 cas, en a trouvé 18 de 17 à 24 ans, et 6 de 25 à 36 ans, 1 sans âge. Pour Grasset, les cho-

(1) Jaccoud, *Clin. de la Charité,* loc. cit.
(2) Gaspard, *Chorée des femmes enceintes,* Thèse de Paris, 1884.
(3) Hervé, *De la chorée pendant la grossesse,* Thèse de Paris, 1884.
(4) Charpentier, *Tr. prat. d'accouch.*, 1883.

rées gravidiques constituent le plus grand nombre des chorées des adultes.

Elle est surtout fréquente chez les primipares : les diverses statistiques sont d'accord sur ce point. Jaccoud a trouvé la primiparité dans les 2/3 des cas.

Les 49 cas de Bamberg se répartissent comme il suit : 28 fois dans la 1re grossesse ; 13 fois dans la 2e ; 3 fois dans la 3e ; 3 fois dans la 4e ; 2 fois dans la 5e. Dans un cas de Sen.-Kirkes, la malade ayant eu de la chorée à 14 ans, put avorter 2 fois, accoucher régulièrement une fois, et ne présenter de chorée que quatre jours avant la fin d'une quatrième grossesse. On pourrait citer d'autres cas (1). Lochlein a vu l'affection se développer chez une primipare de 40 ans (2).

Le début de la chorée se fait surtout dans les premiers mois de la grossesse. Jaccoud établit son opinion sur les 31 faits suivants :

Début dans les 2 premiers mois, 9 cas ; dans le 3e et le 4e, 11 cas ; dans le 5e et le 6e, 5 cas ; dans le 7e, 1 cas ; dans le 9e, 3 cas ; sans renseignements, 2 cas.

Dans la statistique d'Hervé, le début eut lieu 12 fois dans les 4 premiers mois et 9 fois dans les 5 derniers.

Quelquefois la chorée ne débute qu'après l'accouchement. Le fait de la grossesse n'est pas suffisant, même en admettant une prédisposition, pour déterminer l'explosion de la chorée. Les causes que l'on découvre sont les mêmes que celles de la chorée infantile : les impressions morales, la chloro-anémie, l'imi-

(1) Lewick, *On chorea (Am. Journ. of med. Sc.*, 1862).
(2) Lochlein, cité par Gaspard *(Obs. III)*.

tation, amenant de véritables épidémies (1), la frayeur, la colère, les accidents de toute sorte, les chutes, etc. D'après Senhouse-Kirkes, le rhumatisme articulaire et les lésions cardiaques même d'origine non rhumatismale auraient une influence manifeste. L'anémie par hémorragie est mise en lumière par le fait souvent cité d'Ingleby : il s'agit d'une femme dont la chorée se développa au dernier mois de la grossesse : à la suite d'une première saignée, les mouvements se montrent à la face et au bras gauche, puis se généralisent après une seconde saignée.

La chorée gravidique, assez rare en France, serait plus fréquente en Allemagne et surtout en Angleterre et en Amérique.

Si l'étiologie n'a rien de spécial, les symptômes ne sont pas moins semblables à ceux de la chorée infantile. Quelques points seulement doivent être examinés.

Le début peut être brusque; les mouvements peuvent être précédés par des troubles psychiques, du délire ; ordinairement il est insidieux, comme dans la chorée vulgaire et s'annonce par des mouvements maladroits. L'agitation choréique se montre d'abord sur un seul membre, puis se généralise ; fréquemment il n'y a que de l'hémichorée; dans un cas exceptionnel le début s'est fait par les membres inférieurs.

Elle est quelquefois légère, d'autres fois violente, gagnant le larynx, le pharynx, amenant la formation d'ulcérations traumatiques, de sphacèles, de la faiblesse des muscles atteints; les rémissions diurnes sont rares.

(1) Bricheteau, *Épidémie de chorée observée à l'hôpital Necker. (Arch. gén. de méd.,* 1863).

On a noté assez souvent la coïncidence d'attaques éclamptiques et surtout hystériques (Romberg, Mosler, Gowers); la coïncidence de l'hystérie nous paraît fréquente dans la chorée des femmes grosses.

L'intensité des convulsions a paru quelquefois augmentée par le palper et le toucher, par les mouvements de l'enfant, qui dans un cas ramenaient l'accès. Dans un cas de Hœcker, de Munich, rapporté tout au long par Jaccoud, les convulsions de la tête et du tronc alternaient avec les contractions utérines. Fasbender, Fehling (1) ont relaté des faits dans lesquels les mouvements choréiques augmentaient pendant le travail; le plus souvent ils diminuent.

D'après Grasset, on a trouvé du sucre dans l'urine et de l'albumine (Barnes). Ces remarques sont restées isolées.

On a noté une élévation de la température dans des cas intenses (Romberg, Edge, Ringer).

La chorée gravidique est moins souvent unilatérale que la chorée infantile. La proportion trouvée par Jaccoud est de 19,35, pour 100, au lieu de 38 pour 100 qu'indique le relevé de Wicke; le côté gauche serait le plus fréquemment atteint, d'après Rufz; mais les statistiques ne confirment pas cette opinion. Ainsi celle de Wicke indique 23 hémichorées à gauche et 26 à droite, plus 9 sans désignation.

La durée se prolonge ordinairement jusqu'à la fin de la grossesse; elle est en moyenne de 6 à 7 mois.

La chorée ne guérit généralement qu'après la déli-

(1) Fasbender, *Berlin. Klin. Wocheus.*, 1875, n° 18; Fehling, obs. XIII de la Th. d'Hervé.

vrance. On peut cependant citer des faits où elle a lieu avant (2 faits de Duncan, 1 de Jaccoud).

Les convulsions diminuent peu à peu avant de cesser complètement. Dans le cas où la malade allaite, la chorée peut persister, pour cesser avec la lactation *(chorea lactantium)*. Il y a même des observations où le début s'est fait après l'accouchement, la malade allaitant et même la malade n'allaitant pas. Lasègue, cité par Vassitch, l'a vu survenir au moment du retour de couches.

L'avortement a eu lieu dans 5 cas, de 4 à 6 mois, et dans 3 cas, du 7e au commencement du 9e. La chorée doit donc faire porter un pronostic assez grave pour l'enfant ; le danger existe aussi pour la mère. La mortalité de la chorée gravidique est plus élevée que dans la chorée infantile. Dans celle-ci, G. Sée indique 1 mort sur 17 ou 18 cas ; on en compte 1 sur 7,75 cas, d'après le relevé de Jaccoud, dans la chorée gravidique.

La mort a lieu par apoplexie cérébrale, ramollissement et surtout épuisement ; quelquefois par suite d'une maladie intercurrente. Gaspard a noté la diphtérie, l'érysipèle, la péritonite puerpérale, la pneumonie.

Cette gravité du pronostic est le point important de cette variété de chorée.

Quant à sa nature, l'examen des faits montre que l'on a affaire à la chorée vulgaire apparue sous l'influence de ses causes ordinaires auxquelles se surajoute l'état gravide qui crée une véritable opportunité morbide.

La grossesse a un retentissement profond sur l'organisme et le place dans un état de susceptibilité plus grande vis-à-vis des autres causes de la chorée. Axen-

feld admet « une irritation sympathique dont l'utérus est devenu le centre », c'est-à-dire une irritation partie de l'utérus gravide et déterminant par voie réflexe, chez une prédisposée, l'explosion des accidents choréiques.

4° *Chorée des vieillards.*

La chorée de Sydenham peut se rencontrer chez le vieillard, mais le fait est assez rare ; souvent ce qu'on a décrit chez eux comme de la chorée essentielle n'était que de la chorée symptomatique. Il suffira pour s'en rendre compte de relire l'observation de Mlle de Valgas, rapportée par Bouteille, et qu'on trouve souvent dans les auteurs comme un exemple de chorée survenue à un âge avancé (elle avait près de quatre-vingts ans) ; rien n'est plus douteux que ce fait, la malade ayant eu deux ans auparavant une « apoplexie hémiplégique. » Ces réserves faites, il est certain que quelques faits incontestables ont été rapportés : G. Sée dit l'avoir observée chez des malades de trente-six, quarante-quatre et cinquante-neuf ans, et il cite Andral, Reeves, Frank, Jeffreys, Powel et Maton comme en ayant observé des cas (1). Une des observations les plus concluantes a été rapportée par M. H. Roger (2) et a trait à une dame de quatre-vingts ans chez laquelle la chorée dura deux septénaires à son degré le plus élevé et finit par disparaître complètement.

M. Charcot (3) a eu occasion de montrer deux

(1) G. Sée, *loc. cit.*, p. 82.
(2) H. Roger, *Soc. méd. des hôp. de Paris* et *Union méd.*, 1854.
(3) Charcot, *De la chorée vulgaire chez les vieillards. (Prog. méd.*, 1878, n° 10).

vieilles femmes atteintes de mouvements choréiques : il a fait voir qu'il s'agissait bien de chorée vulgaire et a insisté sur les différences qui séparent la chorée des vieillards de la chorée des enfants. On en trouvera encore un exemple dans la thèse de Meunier (1) faite sous l'inspiration de M. Ollivier. Quelques cas se trouvent rapportés dans la thèse de Vassitch (2), mais confondus avec des observations de tics convulsifs, de chorée des femmes grosses et de chorée hystérique. L'état de la question est nettement résumé par M. Raymond, qui avait pu, à la Salpêtrière, observer plusieurs cas sous la direction de M. Charcot. On peut ajouter les faits de J. Russell (3) et le cas intéressant rapporté récemment par M'Learn (4) chez un homme de cinquante-six ans. L'indication des travaux anglais est donnée par Saundby (5) qui récemment a rapporté 3 cas de chorée sénile.

La chorée des vieillards n'est pas modifiée dans sa forme : elle ressemble à la chorée des enfants. Ce sont les mêmes mouvements bizarres, irréguliers, mal coordonnés ; ils ont la même soudaineté, la même incohérence, mais leur rapidité paraît moindre. M. Charcot fait remarquer qu'il y a une lenteur relative dans les mouvements et qu'à la face il y a une moins grande variété de grimaces. Tout l'appareil musculaire peut être envahi : membres, face, langue, pharynx,

(1) Meunier, Thèse de Paris, 1879.

(2) Vassitch, *Chorées des adultes*, Thèse de Paris, 1882.

(3) Russell, *Cases of senile chorea* (77 ans — 68 ans) in *Méd. Tim. and Gaz.*, 1877 et 1878.

(4) M'Learn, *Chorée de 5 ans de durée chez un homme de 56 ans* (*Lancet*, 1885).

(5) Saundby, *The Lancet*, 1884.

larynx, etc., ou bien la chorée se limite à un bras, une jambe ou prend la forme de l'hémichorée. Nous en trouvons un bel exemple dans la thèse de Meunier : le même malade, après avoir eu à trente-sept ans de la chorée localisée à la moitié droite du corps, chorée dont il était parfaitement guéri, est pris à cinquante-quatre ans et sans cause d'une hémichorée gauche qui cesse au bout de trois mois. Mais, en somme, qu'elle soit localisée ou généralisée, pour l'observateur qui ne voit que les mouvements convulsifs, la chorée du vieillard est identique à celle des enfants.

Elle en diffère, il est vrai, par son mode de début, par ses symptômes concomitants, par sa marche et surtout par sa durée.

Chez l'enfant on trouve souvent des antécédents rhumatismaux, des lésions du cœur ; il y a quelques phénomènes prodromiques, changement de caractère, impatience, etc.; très rarement la chorée se manifeste brusquement. Chez le vieillard, au contraire, le début brusque est la règle et chez les malades ainsi frappés rien ne pouvait faire soupçonner cette affection.

Le malade d'Ollivier a bien, il est vrai, des antécédents rhumatismaux, mais il est le seul ; et M. Charcot en présentant deux vieilles femmes atteintes de chorée a montré très justement qu'il n'y a aucune relation avec le rhumatisme. Ces malades n'ont jamais eu de douleurs articulaires dans leur jeune âge ; actuellement elles ne présentent pas les déformations du rhumatisme noueux et on ne trouve chez elles aucune lésion du cœur.

Le début brusque coïncide souvent avec une émotion morale vive. C'est à la suite d'une vive contrariété

que l'une des malades de Charcot remarque un peu d'incertitude et d'exagération dans les mouvements du bras et de la jambe droite. L'autre malade de la Salpêtrière est prise « à la suite de choses dont elle ne saurait parler sans verser des larmes. »

Les mouvements involontaires et désordonnés peuvent cependant survenir sans cause. Le malade d'Ollivier ne peut expliquer l'apparition de sa chorée et dans l'observation de M. Roger, il n'y a pas d'émotion morale vive, ni d'état morbide antérieur.

Lorsque la chorée est constituée, il semble que le vieillard plus que l'enfant puisse commander à ses contractions musculaires et sous l'influence de la volonté faire cesser le désordre des mouvements pendant quelques secondes; quelquefois cependant c'est le contraire qui arrive. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité en général. Un malade de M. Charcot a eu de l'anesthésie et de la parésie.

Les troubles intellectuels et moraux feraient défaut, au dire de quelques observateurs. Raymond dit que ses malades avaient toutes « une santé excellente, un état intellectuel ordinaire, celui de leur âge ». Pour M. Charcot au contraire la plupart des vieillards affectés de chorée sont dans un état de démence plus ou moins prononcée et, de fait, la déchéance intellectuelle est assez fréquemment notée dans les observations éparses.

C'est surtout par sa marche et sa durée que la chorée des vieillards diffère de celle des enfants. Pour l'adolescent, c'est un mauvais pas à franchir; pour le vieillard, c'est une infirmité; chez lui la chorée est essentiellement chronique et ne se termine qu'à la

mort. Quand même l'état général serait excellent, l'intelligence parfaite, le vieillard est exposé à ne pas guérir. Dans quelques cas cependant on a vu une amélioration se produire ; la guérison même a été complète chez le malade de M. Roger et chez celui d'Ollivier.

5° *Chorée héréditaire.*

Il est assez rare qu'on ait à constater la transmission directe de la chorée des ascendants aux enfants et l'hérédité est contestée par plusieurs auteurs. G. Sée cite bien l'indication sommaire de 18 faits dans lesquels la chorée se serait transmise pour ainsi dire en nature; mais aujourd'hui que nous savons combien facilement la confusion peut être faite avec certaines formes graves de la maladie des tics convulsifs, nous devons émettre un doute sur leur valeur.

Si nous faisons néanmoins une place à part à la *chorée héréditaire*, c'est qu'on a rapporté des faits qui se rapprochent de la chorée des vieillards, et dans lesquels l'histoire familiale a une influence incontestable. Ils doivent être rares et nous ne pouvons guère que rapporter, dans une sorte de cadre d'attente, ceux qui ont été indiqué par Huntington (1) et tout dernièrement par C. King (2). Ils nous paraissent cependant très intéressants ; leur terminaison uniformément grave et leur tendance à se transmettre de père en fils, sont des caractères qui méritent de retenir l'attention du médecin.

(1) Huntington, *On chorea* (Philad., *M. and s. Rep.*, 1872). — Nous n'avons pu malheureusement nous procurer ce mémoire.

(2) C. King, *Hereditary chorea* (*N.-Y. Méd. Journ.*, av. 1885).

Huntington, médecin à Long-Island, où son père et son grand-père avaient exercé la médecine avant lui, a rapporté que des accidents choréiques s'étaient transmis à des générations successives d'une même famille : la maladie débutait vers l'âge de 25 à 30 ans, atteignait les deux sexes et s'accompagnait de désordres intellectuels et surtout de tendance au suicide. Malheureusement, la description est un peu sommaire et on a pu contester la valeur de ces observations relativement à la chorée. Des symptômes analogues se trouvent dans le mémoire de King.

Dans la famille dont parle King, il y a quatre générations atteintes par la chorée héréditaire.

Le premier était l'arrière-grand-père des malades actuels; il eut dix enfants.

Sur ces dix personnes, quatre furent atteintes. Sur trois de ces malades, King n'a pu savoir que ceci, qu'ils avaient eu eux-mêmes des enfants atteints de la maladie. Le quatrième a une histoire plus complète ; il eut neuf enfants.

De ces neuf, huit restèrent indemnes et tous eurent des enfants qui actuellement semblent devoir rester indemnes également, car ils ont dépassé l'âge auquel la maladie se développe. — Le neuvième, le seul atteint par la maladie, eut cinq enfants.

Ces cinq enfants sont précisément ceux que connaît King : quatre ont la chorée héréditaire. Sur ce nombre, trois n'ont pas d'enfants, mais le quatrième en a qui n'ont pas encore atteint l'âge de la chorée héréditaire.

L'influence de l'hérédité est ici des plus marquées et c'est cet élément qui permet le plus souvent de faire

le diagnostic; celui-ci est d'ailleurs facile, même au moment de l'évolution, où on pourrait faire une confusion avec l'atonie locomotrice.

La chorée héréditaire est une maladie de l'âge adulte; elle a commencé, dans les cas de King, aux environs de la trentième année, sauf dans un cas où la maladie aurait débuté à 50 ans. S'il y a des symptômes prémonitoires, ils sont vagues et mal dessinés; les premiers indices sont quelques secousses irrégulières dans les bras ou la face, et elles sont si légères que parfois le malade seul en a conscience sans qu'on s'en aperçoive dans son entourage. Peu à peu cependant, ils s'étendent à d'autres muscles des bras et de la face et amènent les grimaces les plus singulières et les gesticulations les plus incohérentes. — Comme dans la chorée de l'enfant, ces mouvements cessent pendant le sommeil, quelles que soient leur forme et leur intensité.

Pendant longtemps les fonctions organiques restent indemnes, mais le plus souvent l'état mental est profondément affecté dès le début. Le malade qui connaît, par l'exemple de ses proches, le pronostic à porter sur son affection, devient triste et sombre, cherche la solitude et parfois même attente à ses jours. King a vu une dame chercher deux fois à se suicider. Tôt ou tard cependant il survient un affaissement intellectuel qui empêche le malade de s'occuper de ses affaires et son aversion pour la société diminue à mesure que sa déchéance psychique fait des progrès.

Assez rapidement les muscles du larynx et de la langue se prennent et modifient la parole qui est notablement gênée; le malade émet quelques mots rapides

et s'arrête pour reprendre le contrôle sur ses cordes vocales. A la fin de la maladie, il est absolument impossible de comprendre ce que dit le choréique. La respiration est également très gênée et ne devient régulière que pendant le sommeil.

Il survient en dernier lieu des mouvements dans les membres inférieurs qui rendent la marche très difficile et donnent au malade l'apparence d'un ivrogne, ce qui a même amené des méprises. Cette démarche est toute spéciale, presque caractéristique, et assez malaisée à décrire : le malade fait trois ou quatre pas rapides, en lançant ses jambes en avant d'une manière bizarre, puis s'arrête brusquement. Les genoux sont tendus en arrière, le corps légèrement penché en avant et le malade reste ainsi fixé pendant que tous les muscles du corps, de la face et des bras s'agitent d'une manière incessante. Il lance alors son corps en avant comme s'il allait tomber sur la face, mais il reprend son équilibre et parcourt une petite distance d'une façon comparativement normale. Puis il fait de nouveau quelques pas rapides et le cycle recommence; c'est ce que les anciens auraient appelé de la *chorée procursive* ou *festinans*.

Plus tard enfin la marche est impossible, le malade est confiné au lit. L'alimentation devient difficile, la respiration, continuellement gênée, empêche l'oxygénation du sang, la déchéance intellectuelle aboutit à l'idiotisme et le malade succombe dans le marasme et la cachexie.

Cette terminaison fatale est la règle absolue, mais elle met longtemps à se produire, la maladie durant

de vingt à trente ans et se terminant généralement vers cinquante ou cinquante-deux ans.

Peut-être pourrait-on rapprocher de ces faits curieux un cas de M. Landouzy (1) dans lequel un homme de trente-sept ans présentait depuis sept ans des mouvements choréiques, cessant pendant le sommeil, des deux membres inférieurs, ce qui lui donnait l'air d'un homme ivre; il avait quelques mouvements dans les deux pouces, quelques brusques contractions de la commissure labiale gauche et la parole hésitante. Le père de cet homme et une de ses sœurs avaient succombé à la même affection; une autre de ses sœurs était traitée pour des accidents semblables. Ewald (2) a publié deux faits qui paraissent analogues.

Nous ne savons rien de la nature ni de la physiologie et de l'anatomie pathologiques de cette chorée héréditaire. Rien dans sa symptomatologie ni dans son évolution ne nous autorise à la séparer de la chorée des vieillards. Nous l'en avons donc rapprochée et nous espérons, après avoir appelé l'attention sur elle, que de nouvelles observations permettront dans l'avenir de déterminer exactement sa place dans le cadre nosographique.

(1) Landouzy, *Mouv. choréiques des membres inf.* (*Soc. de biol.*, 1873).

(2) Ewald, *Zwei Faelle von chor. Zwangsbeweg. mit ang. Heredität* (*Zeits. f. k. Ued.*, 1884, Supp. Hft.).

II. HÉMICHORÉE ET ATHÉTOSE SYMPTOMATIQUES

Dans ce chapitre, nous nous proposons d'étudier certains troubles moteurs dont nous nous efforcerons de démontrer l'analogie avec les premiers, mais qui diffèrent par ce fait qu'ils sont limités à un seul côté du corps ou aux extrémités des membres d'un même côté. Nous voulons parler de l'hémichorée symptomatique et de l'athétose.

Historique. — L'histoire de l'hémichorée symptomatique est de date plus ancienne qu'on ne serait tenté de le croire.

Bazin (1) tâche d'expliquer par la présence de plaques osseuses sur l'arachnoïde des mouvements convulsifs qu'il rapporte du reste à la chorée ordinaire, bien que ces mouvements aient prédominé d'un seul côté du corps. Lebert (2) attribue le même rôle à des fausses membranes trouvées à la surface de l'arachnoïde.

Travers publie l'observation d'un hémiplégique qui présente dans le côté paralysé « non pas le simple tremblement des hémiplégiques, mais une série de mouvements spasmodiques, soudains, choréiformes et tout à fait en dehors de la volonté. » Ces mouvements s'accentuaient quand cet homme voulait se lever ou même quand il restait assis.

Dans ce cas remarquable cité par Tuckwell (3), il y avait eu hémiplégie avec ramollissement du cerveau et production de mouvements convulsifs si semblables à

(1) Bazin, Th. de Paris, 1834.
(2) Lebert, *Gaz. méd.*, 1841.
(3) Tuckwell, *loc. cit.*, 1867, et *St. Barthol. Hosp. Rep.*, 1869.

ceux de la chorée qu'on les avait appelés mouvements *choréiques*. Tuckwell, en 1869, reprend la question et l'étend en publiant la théorie plus brillante que solide de l'embolie.

W. Mitchell (1) précise les rapports entre la chorée et l'hémiplégie. Ce qui le frappe, c'est la coexistence fréquente d'une paralysie organique (hémiplégie) et de mouvements convulsifs occupant toute une moitié du corps ou bien se heurtant à un membre, à une partie d'un membre.

Avant le travail de W. Mitchell, M. Charcot avait montré à la Salpêtrière quelques malades présentant des mouvements choréiques; il avait même consacré deux leçons à l'étude de l'hémichorée symptomatique.

Sous l'inspiration de M. Charcot, M. Raymond (2) écrit sur ce sujet une thèse remarquable, où la question est traitée à fond.

A partir de cette époque, les auteurs, qui ont traité de l'hémichorée præ et posthémorragiques, décrivent en même temps l'athétose dont la forme uniltérale devient une manifestation de l'hémorragie cérébrale localisée, au même titre que l'hémichorée et l'hémianesthésie elles-mêmes.

Le nom d'*athétose* (ἄθετος sans position fixe) est dû à Hammond (3) qui le premier décrivit comme une affection spéciale une perturbation caractérisée par l'impossibilité où se trouvent les malades de maintenir les doigts et les orteils dans la position qu'on leur imprime. Hammond pense que l'athétose tient de l'épi-

(1) W. Mitchell, *Amer. Journ. of med. Sc.*, 1874.
(2) Raymond, Th. de Paris, 1876.
(3) Hammond, *Mal. du syst. nerv.*, et *Arch. gén. de méd.*, 1871.

lepsie dont elle n'a cependant pas la violence et qu'elle se rapprocherait davantage de la chorée vulgaire; sa lésion siégerait dans les ganglions du cerveau ou dans la substance grise de la moelle, peut-être même dans les deux à la fois. Cette question, qui passionna l'Amérique, avait déjà préoccupé les médecins français. Dès 1853, M. Charcot, dans sa thèse sur la goutte asthénique primitive, avait signalé un mouvement de ressort chez certains hémiplégiques.

Un grand nombre d'observations furent publiées après le travail de Hammond, mais il n'y a guère à signaler que Eulenburg (1) qui chercha à localiser l'affection dans un point limité de l'écorce cérébrale. Enfin M. Charcot, en 1877, trouva la localisation exacte de l'hémichorée et de l'hémiathétose dont il place le siège un peu en avant du faisceau sensitif et dans ce faisceau lui-même.

Les opinions de M. Charcot, exposées dans la thèse de Oulmont furent acceptées d'une manière générale et depuis lors les travaux sur l'hémichorée et l'hémiathétose symptomatiques se sont multipliés. Nous renvoyons aux thèses récentes de Ricoux (2) et de Fournier (3) pour la bibliographie.

1° *Hémichorée symptomatique*. — Raymond a dit :

« Sous le nom d'hémichorée, posthémorragique ou
« posthémiplégique, quelquefois præ-hémiplégique,
« ou encore de l'atrophie cérébrale, des tumeurs céré-
« brales il faut comprendre des *mouvements* se mon-
« trant dans les membres supérieurs et inférieurs du

(1) Eulenburg, *Ziemssen Handbuch*.
(2) Oulmont, Thèse de Paris, 1878.
(3) Ricoux, Thèse de Nancy, 1882.

« côté qui est déjà depuis quelque temps (fait le plus « ordinaire) le siège de l'hémiplégie ou qui le sera « bientôt ; mouvements analogues à ceux de la chorée « ordinaire, dans ce sens qu'ils sont comme ceux-ci « involontaires, qu'ils s'exagèrent pendant les mouve « ments intentionnels et qu'ils sont continus excepté « pendant le sommeil. »

L'hémichorée est la plupart du temps consécutive à l'hémiplégie, mais il n'est pas rare cependant de la voir précéder l'attaque d'apoplexie. Raymond rapporte une observation dans laquelle l'hémichorée précéda de plusieurs jours une hémiplégie incomplète. Dans ce cas, il n'y avait pas de troubles de la sensibilité. Grasset et son élève Fournier (1) ont cité un certain nombre de cas de ce genre. Quand les mouvements choréiques se manifestent avant l'apparition de l'hémiplégie, ce n'est la plupart du temps qu'un accident passager qui fait bientôt place à la paralysie. Il ne s'écoule jamais un temps bien long entre le moment où apparaissent ces mouvements et celui où survient l'hémiplégie ; l'intervalle peut n'être que de vingt-quatre heures.

Assez souvent l'hémichorée est le premier phénomène appréciable après l'attaque d'apoplexie. Quand elle est aussi précoce, l'hémichorée s'accompagne presque fatalement d'hémianesthésie. L'hémianesthésie, après la disparition des mouvements choréiques, persiste seule.

Il est en somme assez rare que l'hémichorée ait un début semblable. Le plus souvent elle ne survient

(1) Fournier, Thèse de Montpellier, 1884.

que quand l'hémiplégie commence à guérir ou a complètement disparu. Quelquefois même on la voit envahir des membres déjà *contracturés ;* il se produit alors un phénomène assez curieux, les membres jusqu'alors raidis par la contracture reprennent un peu de souplesse. A mesure que la contracture cède, les mouvements augmentent d'étendue. Quelquefois l'hémichorée apparaît progressivement.

La durée de l'hémichorée est variable. L'intervalle qui sépare l'apparition des mouvements du début de l'hémiplégie est variable ; il est en général de quelques mois ; il n'est pas rare de la voir s'établir d'une façon définitive et presque toujours accompagnée d'hémianesthésie, durer jusqu'à la mort des malades.

Il est aujourd'hui bien démontré par les recherches de MM. Charcot et Grasset que l'hémiathétose n'est qu'une variété d'hémichorée ; mais ces deux symptômes ont un cachet si distinct qu'ils exigent au point de vue de la symptomatologie une étude séparée.

Ce qui caractérise les mouvements de cette nature, c'est leur continuité. La main s'étend et se fléchit, laissant entre ces divers mouvements des intervalles plus ou moins longs, mais d'ordinaire très courts. L'avant-bras se fléchit sur le bras. La jambe se soulève et s'abaisse ; la rotule est sans cesse en mouvement, le pied se porte dans l'abduction et l'adduction ; il s'étend et se fléchit sans cesse.

Dans le repos absolu ces mouvements peuvent beaucoup diminuer, mais ils existent toujours ; il n'y a que dans le sommeil qu'ils disparaissent complètement.

Pas un instant le malade ne demeure en repos ; nous avons dit un peu plus haut en quoi consistaient les mouvements au repos. La scène devient plus remarquable quand le malade veut se livrer à quelque acte volontaire. L'acte même que le malade veut accomplir est entravé par des secousses souvent violentes, parfois des mouvements rythmiques très étendus. Aussi la marche a un aspect caractéristique : « la jambe se fléchit sur « la cuisse, le pied au moment où il se détache du sol « se projette en dehors ou en dedans, la pointe se « baisse et se relève alternativement, et lorsque le « pied va toucher le sol il décrit une sorte de courbe « oscillatoire de dehors en dedans qui dure un instant « jusqu'à ce que tout mouvement ait cessé. » (Raymond).

Plus les malades font attention à eux, plus ils s'efforcent de ne faire aucun mouvement et plus ces mouvements augmentent. On a cependant rapporté (1) quelques cas rares où les mouvements se produisaient seulement quand le malade détournait son attention.

Parfois les muscles de la face du côté paralysé peuvent être envahis par les mouvements choréiques et la face grimaçante offre un aspect particulier, on croirait être en présence d'un tic facial.

Que ces mouvements soient plus ou moins forts, ils n'en gardent pas moins leur caractère dominant, l'*instabilité*. Un second caractère, si on les envisage d'une façon générale, *est l'irrégularité*. Ils procèdent par secousses brusques et exagérées. Quelquefois ils sont presque rythmiques au repos, mais ils deviennent

(1) Ducazal, *Cas d'hémiathétose, etc.*, (*Soc. méd. des hôp.*, 1880.)

choréiques à l'occasion des mouvements volontaires.

Nous avons vu que rien n'était plus variable que la durée de l'hémichorée. Signalons encore un caractère de certaines chorées; elles sont susceptibles d'être transférées par les aimants; on pourrait même obtenir de cette façon des guérisons. Debove (1) a écrit un mémoire sur la curabilité des hémianesthésies, des hémiplégies, des hémichorées et des contractures par les agents anesthésiques. Un de ses malades fut guéri par une seule application de l'aimant.

Dans un autre cas où le diagnostic d'hémichorée posthémiplégique avait été confirmé par Charcot, on put voir, appareils graphiques en main, le passage des secousses choréiques au calme parfait sous l'influence des aimants. Henrot (2) a publié un cas analogue.

L'hémichorée seule est rare; toujours il y a un peu d'hémiplégie motrice. Nous avons vu que l'hémichorée se produisait au moment où l'hémiplégie disparaissait en partie; on peut donc se trouver en présence de troubles du mouvement peu marqués, mais qui ont existé d'une façon plus manifeste.

Si la paralysie motrice est rare, du moins dans sa forme complète, il n'en est pas de même de la paralysie de la sensibilité, qui se rencontre dans l'immense majorité des cas, sous forme d'hémianesthésie atteignant les sens spéciaux et la sensibilité générale.

Il ne faut pas oublier cependant que l'on peut rencontrer l'hémichorée posthémorragique sans anes-

(1) Debove, *Soc. méd. des Hôp.*, 1877.
(2) Henrot, *Union scient. et méd. du Nord-Est*, 1880.

thésie. Galliard (1), Morin (2), en ont récemment cité des exemples. Par contre on peut trouver de l'hyperesthésie. Greiff a (3) signalé un cas d'hyperesthésie gauche qui dura quatorze jours et s'accompagna de troubles sensitifs de nature subjective. Weill (4) a également noté ce phénomène.

L'atrophie musculaire assez fréquente reconnaît plusieurs causes pour presque tous les auteurs. L'impotence fonctionnelle jouerait dans ce cas le principal rôle; — à cette cause se joindrait un trouble nutritif particulier rentrant dans la grande classe des troubles trophiques dus aux lésions cérébrales.

L'hypertrophie musculaire a aussi reçu une explication: la répétition des mouvements dans le même membre suffirait pour amener l'augmentation de volume des masses musculaires.

2° *Hémiathétose.* — De même que les mouvements choréiques peuvent envahir les deux côtés du corps ou un seul côté, de même l'athétose frappe tout le corps ou seulement un côté. Oulmont divise donc l'athétose en totale et en unilatérale.

L'athétose unilatérale n'est pas, comme le voulait Hammond, une maladie *sui generis*. C'est un phénomène symptomatique d'une lésion cérébrale consistant essentiellement en mouvements involontaires, habituellement continus, lents et exagérés, limités à la main et au pied.

L'athétosique traîne un peu la jambe; son bras est

(1) Galliard, *Prog. méd.*, 1882.
(2) Morin, *eod. loc.*, 1884.
(3) Greiff., *Arch. f. Psych.*, 1885.
(4) Weill, *Hémichorée pleurétique* (*Rev. de Méd.*, 1884.)

la plupart du temps collé contre son corps ou bien maintenu par la main restée valide. Ce bras et cette main sont paralysés, la peau est rouge violacé, habituellement froide, par suite d'une circulation défectueuse. Si le malade abandonne sa main, elle est agitée de mouvements singuliers : le petit doigt se renverse en dedans, très écarté des autres doigts qui le suivent dans ce mouvement ; en même temps la main se renverse sur le bord cubital, le poignet subit un mouvement de torsion tout à fait particulier.

Plus rarement le mouvement se généralise au membre supérieur, tord l'avant-bras sur lui-même et porte brusquement le bras en arrière.

Dans quelques cas signalés par Gowers et Oulmont, la figure et le cou étaient pris. Parfois tout un côté est atteint, comme dans un cas qui nous a été communiqué par Berbez : les orteils s'étendaient puis s'écartaient du plan médian dans un mouvement lent et continu ; le pied se fléchissait sur la jambe qui se jetait en dehors d'une façon assez brusque. La face et le cou étaient pris. La face grimaçait et la contraction des peauciers et des sterno-mastoïdiens renversait la tête sur le cou. Il s'en faut de beaucoup que les choses se passent toujours de cette façon.

Dans la moitié des cas l'affection s'étend des doigts au poignet et un peu moins souvent des orteils à l'articulation tibio-tarsienne. La participation de la figure et du cou est rare.

Aux doigts on trouve tous les mouvements possibles (flexion, extension, abduction, adduction, se succédant alternativement). Aussi semblent-ils très compliqués.

Ils ont l'apparence de mouvements voulus, dirigés

vers un certain but (*deliberated* des Anglais) ; on les a comparés aux mouvements des tentacules du poulpe de mer ; ce qui les caractérise, c'est leur *lenteur* et leur *étendue :* ils s'exagèrent au point de dépasser la limite normale de l'excursion articulaire et de faire croire à une véritable subluxation des articulations phalangiennes.

Il n'est pas rare de voir les doigts former deux groupes : d'un côté, l'indicateur et le médius, de l'autre l'annulaire et le petit doigt. Les muscles dorsaux et polinaires des phalanges sont tous pris, puis les fléchisseurs et les extenseurs des doigts, les extenseurs et abducteurs du pouce. Aux orteils, la flexion et l'extension dominent ; l'extension s'observe surtout au gros orteil.

Au poignet et au cou-de-pied on peut observer tous les mouvements et surtout l'extension.

Telle est l'athétose en elle-même, mais en clinique on la trouve rarement à cet état de simplicité. Il est un phénomène qui la complique habituellement, c'est le spasme intermittent, la pseudo-contracture. Quand un malade atteint d'athétose est très ému, son athétose s'exagère ; les mouvements sont plus énergiques, plus étendus, le spasme s'en mêle et bientôt les extrémités et le membre tout entier gardent la position qui leur est imprimée.

Il est très difficile d'apprécier le moment où finit l'athétose et où commence le spasme fixe. On ne peut, quelle que soit sa nature exacte, s'empêcher de le rapprocher des diverses formes de la contracture posthémiplégique, si bien décrites par Charcot et Bouchard.

Grocco (1) a récemment rapporté 4 cas d'athétose avec contractures et spasmes intermittents. Ces spasmes intermittents persistaient parfois pendant le sommeil ou cessaient avec lui.

Ce n'est pas là de la véritable contracture; on peut, sans véritable douleur pour les malades, forcer la contracture, mais on a la sensation d'un ressort dont on voudrait contrebalancer la résistance.

Oulmont cite le cas d'une femme qui avait l'avant-bras en supination, la paume de la main tournée en haut. Aux membres inférieurs on voit quelquefois les pieds bots, varus et équin, nettement caractérisés. Le genou et les hanches sont presque toujours épargnés.

La durée des mouvements est continue. Sur 27 cas, Oulmont a trouvé la permanence des mouvements 23 fois. Dans deux cas il y a eu rémission pendant le repos; pendant le sommeil les mouvements ont une intensité moindre.

Les malades cherchent à empêcher les mouvements en appliquant la main malade au tronc, en la serrant avec la main demeurée indemne, ou, lorsqu'ils sont assis, en la comprimant entre leurs genoux. Il n'est pas rare, dans les cas légers, de voir ces manœuvres réussir. Gowers prétend que le froid et la fatigue agissent de même.

L'influence de la volonté est presque nulle; quelques malades n'ont jamais tant de mouvements que quand ils s'observent. En général, l'intervention de la volonté ramène un instant de calme dans les cas très légers, mais le mouvement n'est arrêté que pour quel-

(1) Grocco, *Ann. univ. di med. et cir.*, 1882.

ques secondes. On voit cependant dans les asiles de vieillards des athétosiques faire de la charpie. Seeligmüller (1) en rapporte des exemples.

L'athétose, comme l'hémichorée, se sépare difficilement d'un certain nombre de phénomènes que nous avons déjà vu accompagner l'hémichorée. Oulmont fait remarquer que c'est sans doute parce qu'il la sépare de tout son cortège habituel que Hammont a fait de l'athétose une maladie *sui generis*. Ainsi *l'hémiplégie motrice* est la règle, il est rare qu'on n'en trouve pas des traces; il est rare aussi que cette hémiplégie soit complète. Comme pour l'hémichorée, c'est au moment où le mouvement revient dans le membre paralysé que l'athétose se produit. Cependant on voit quelquefois l'hémiathétose précéder l'hémiplégie. Gnauck (2) en a cité un cas chez une jeune fille de treize ans.

L'hémiplégie sensitive est moins fréquente que la précédente. Dans la statistique de Oulmont, l'hémianesthésie existait 12 fois sur 29 cas. Souvent, dans l'athétose, l'hémianesthésie a disparu alors qu'on voit le malade. Mais parfois la sensibilité est intacte ou à peu près; par exemple, lorsque l'athétose est due à l'atrophie cérébrale de l'enfance. Les cas en sont assez nombreux : on peut citer ceux de Brousse (3), ceux de Seymour et Sharkey (4), etc.

Hammond pense que l'atrophie est la règle et que l'hypertrophie est l'exception. La plupart du temps, on

(1) Seeligmüller, *Schmitt's Jahrb.*, t. CLXXXIX, p. 193.
(2) Gnauck, *Arch. f. Psych.*, t. IX.
(3) Brousse, *Quatre cas d'athétose.* (*Montp. méd.*, 1879).
(4) Sharkey, *Brain*, 1885.

trouve la nutrition normale ou bien un peu d'atrophie. L'hypertrophie a été signalée par Carrier (1). Cet auteur a trouvé une hypertrophie évidente dans les muscles du côté paralysé qui étaient agités d'une façon continue.

On a signalé aussi des troubles vasomoteurs caractérisés par une température plus élevée dans le côté paralysé. Bourneville et Bricon (2) ont vu de ces cas chez des enfants idiots, à Bicêtre.

3° *Athétose double.* — Beaucoup d'auteurs se sont demandé ce qu'était l'athétose double ; l'histoire de cette dernière affection est plus obscure encore que celle de l'athétose unilatérale : Oulmont n'en a observé que 3 cas. Shaw Clay cite quelques observations très brèves et très incomplètes. Seeligmüller cite les observations de Cliffort-Albutt, de Pardon, etc. Récemment, Richardière, dans sa thèse (1885), publie une observation d'athétose double chez un enfant atteint de sclérose encéphalique.

Nous pouvons dire tout d'abord que cette affection se rencontre le plus souvent chez les idiots et les épileptiques. L'athétose double est une affection consistant en mouvements lents, involontaires, des deux mains ou des deux pieds. Souvent les deux côtés de la face y participent.

Les différences avec l'athétose unilatérale consistent en ce que : 1° l'athétose double est une affection primitive qui atteint les enfants ; 2° les mouvements sont plus faibles et souvent intermittents.

(1) Carrier, *Lyon médical,* 1879.
(2) Bourneville et Bricon, *Arch. de neurologie,* 1884.

Les extrémités supérieures sont toujours plus en cause que les inférieures. Pendant le repos des membres, les mouvements s'arrêtent. A la face, les mouvements consistent en grimaces. La parole est lente. Parfois on constate des mouvements fréquents de la tête sur le cou.

Dans ces cas d'athétose double, il n'y a pas de symptôme de paralysie motrice ou sensitive. Il y a de la faiblesse musculaire, mais on ne constate pas d'atrophie ni d'hypertrophie, on ne trouve pas non plus de laxité des ligaments articulaires.

A l'athétose double peuvent aussi s'ajouter, à titre de complication, des phénomènes divers. Oulmont (obs XXX) rapporte un cas où les mouvements athétosiques du repos étaient remplacés, dans les mouvements volontaires, par des oscillations à grande amplitude qui occupaient le membre tout entier.

Anatomie pathologique des chorées.

Les lésions que l'on trouve à l'autopsie des malades ayant succombé dans le cours d'une chorée de Sydenham, qu'il s'agisse d'enfants ou ce qui est plus fréquent de femmes grosses, se présentent avec des caractères disparates et absolument contradictoires; il suffit, pour s'en rendre compte, de parcourir le tableau très instructif dans lequel M. Raymond a réuni les résultats de 79 nécropsies.

L'*hyperhémie* est la lésion la plus habituellement signalée; elle est indiquée comme siégeant dans les méninges, la substance grise, la protubérance et le

bulbe, les corps opto-striés. Le *ramollissement* vient ensuite, il est noté quatorze fois. Il occupe un point limité, ou bien au contraire il est étendu ou forme plusieurs foyers, à la surface, dans le cervelet, plus souvent dans les noyaux gris centraux. Six fois on trouve la présence d'un embolus : on sait que le premier cas de ce genre est dû à Tuckwell et a servi de point de départ à la théorie de l'embolie. Quelquefois, en même temps que le ramollissement, on constate la présence de kystes sanguins peu volumineux.

La lésion la plus intéressante est *l'encéphalite chronique*, qui a été observée dans des cas peu nombreux dus à Meynert, Elischer, et Dickinson ; il s'agissait de lésions hyperplasiques et scléreuses, étendues à la moelle et aux nerfs périphériques.

On a signalé aussi les ecchymoses sous-méningées, les hémorragies arachnoïdiennes, l'épaississement de la dure-mère, la présence de paques calcaires dans les plexus choréides, etc. — Le cœur était atteint vingt-quatre fois.

La moelle est fréquemment lésée, et c'est là un point sur lequel nous aurons à revenir. M. Raymond l'a trouvée atteinte chez trente et un individus. Les lésions sont d'ailleurs aussi disparates que du côté du cerveau : embolies, hyperhémie, foyers hémorragiques, méningite néo-membraneuse, quantité de sérosité exagérée dans le canal épendynaire, etc.

Les nerfs périphériques peuvent être atteints et dans le seul cas où ils aient été examinés par Elischer (médian et sciatique), on trouva les mêmes lésions que dans la moelle. M. Pierret a examiné les nerfs avec un résultat négatif dans un cas de chorée du chien.

M. Raymond se résume ainsi : 1° chez les individus ayant succombé dans le cours d'une chorée, qui pendant la vie semblait simple, les lésions du cerveau et du cœur sont les plus communes de toutes ; 2° les désordres limités à l'encéphale sont rares ; le plus souvent la moelle et le cœur sont pris en même temps ; 3° l'hyperhémie est surtout fréquente, puis vient le ramollissement et l'encéphalite chronique ; 4° le mécanisme du ramollissement est souvent facile à saisir, dépôts sur les valvules, parfois en regard embolus dans les vaisseaux ; 5° en dehors de cette dernière lésion, rien de comparable à ce qui existe dans les chorées symptomatiques.

On voit que ces faits sont loin d'être satisfaisants ; ils le sont d'autant moins que ces lésions, si dissemblables qu'elles soient, peuvent complètement faire défaut, comme cela s'est présenté récemment dans un cas de Guinon (1), examiné avec soin au laboratoire de la Salpêtrière.

En réalité, ces faits ne nous ont rien appris, et ils ne nous permettent pas de soupçonner la physiologie pathologique de la chorée de Sydenham, si l'anatomie pathologique de l'hémichorée symptomatique n'était pas arrivée à quelques résultats plus précis.

S'il est arrivé de trouver l'hémichorée ou l'hémiathétose liées à des lésions de tumeurs cérébrales à des lésions de l'écorce ou à l'atrophie cérébrale, infantile, il est beaucoup plus fréquent de trouver des destructions ou des compressions plus ou moins étendues du corps opto-strié et des faisceaux blancs qui y confinent.

(1) Guinon, *France médicale*, janv. 1886.

En 1875, M. Charcot étudiant la localisation de l'hémianesthésie, formulait cette loi : l'hémianesthésie est due à la destruction par lésion (hémorragie ou ramollissement) de la partie postérieure du pied de la couronne rayonnante.

Cherchant à localiser l'hémichorée posthémiplégique sur laquelle W. Mitchell venait d'appeler l'attention, il pensa que son siège probable était dans la couronne rayonnante sur le trajet des fibres qui se trouvent à côté et en avant des fibres sensibles.

Raymond dans sa thèse confirma les idées de M. Charcot et arriva à cette conclusion que « l'ensemble du faisceau qui, dans le pied de la couronne rayonnante se trouve en avant et en dehors des fibres sensibles et qui se compose des masses blanches en rapport avec la partie postérieure de la couche optique, produit par compression, par irritation ou par déchirure l'hémichorée symptomatique. »

Pour ce qui regarde l'hémiathétose, en l'absence de toute autopsie, Charcot et Oulmont localisèrent à priori son siège au voisinage de l'hémichorée.

Kahler et Pick (1) émirent ensuite cette opinion, que les phénomènes posthémiplégiques dépendent d'une irritation des fibres pyramidales, non seulement quand elles se trouvent réunies dans la capsule interne, entre la couche optique et l'extrémité postérieure du noyau lenticulaire, mais encore au niveau de la protubérance.

Nothnagel accepte en partie l'opinion de Kahler et Pick. Parfois même ces troubles sont dûs à des des-

(1) Kahler et Pick, *Prag. Vierteljahrs.*, 1879.

tructions partielles de la couche optique elle-même. On a cité quelques observations de ce genre (1).

Brissaud, reprenant la question, montre que, pour qu'il y ait production de mouvements choréiques, il n'est pas indispensable que la capsule elle-même soit altérée, il suffit qu'une lésion irritative permanente vienne atteindre le faisceau pyramidal dans son trajet capsulaire.

Il est donc évident que les lésions qui atteignent la capsule interne d'une façon directe et les lésions de voisinage qui amènent l'irritation de cette même capsule peuvent avoir pour conséquence des troubles moteurs le plus souvent choréiformes. Mais s'il faut, dans le plus grand nombre des cas, incriminer les altérations des corps striés et de la capsule interne, il ne paraît pas que cette région puisse être considérée comme le siège exclusif des mouvements choréiques. M. Demange (2) a trouvé des lésions ou dans la capsule interne ou dans les régions corticales et sous-corticales motrices, et il a conclu de son étude, que la condition suffisante pour l'apparition des troubles moteurs posthémiplégiques était l'irritation des fibres motrices dans un point quelconque de leur parcours, de l'écorce aux noyaux et à la capsule.

M. Pierret (3) faisait à cette époque une communication dans laquelle il envisageait la question d'une manière plus générale et démontrait que les lésions des faisceaux moteurs, dans un point quelconque de leur parcours, peut amener des mouvements choréi-

(1) Morin, *Soc. anat.*, 1883.
(2) Demange, *Revue de médecine*, 1883; Ricoux, thèse citée.
(3) Pierret, *Commun. à la Soc. des Sc. méd. de Lyon*, 1883.

ques. La capsule interne est indubitablement choréigène, mais cela ne veut pas dire qu'elle diffère au point de vue anatomique ou physiologique du reste des faisceaux blancs qui mettent en rapport les centres psychomoteurs et les noyaux gris de la moelle et du bulbe : si plus souvent que tout autre ses lésions amènent de la chorée, c'est qu'elle est un véritable carrefour où passent toutes les fibres motrices. Mais dans toute la hauteur de la moelle, ils y a des régions analogues dans lesquelles se trouvent réunies toutes les fibres motrices se rendant aux cornes antérieures situées au-dessous du point considéré ; est-il donc si difficile d'imaginer qu'une lésion localisée pourra déterminer une chorée limitée comme une plaque de sclérose amène du tremblement?

La démonstration qu'il y a des mouvements choréiques, des chorées, liés aux altérations du système nerveux dans sa portion médullaire a été fournie par un élève de M. Pierret, le D[r] Foucherand (1). Il a rappelé les expériences de Chauveau, Bert, Carville, Legros et Onimus qui démontrent que la chorée canine a son siège dans la moelle, opinion adoptée par Gowers et Sankey en Angleterre, Quincke en Allemagne. Il a réuni un certain nombre d'autopsies dans lesquelles des lésions, plus ou moins limitées à la moelle, ont donné naissance à des mouvements choréiques (observations de Pierret, Meynert, Elischer, Golgi, De Boyer, Dickinson, Eisenlohr). On peut y ajouter une observation plus récente de Ross (2) qui a vu dans un cas

(1) Foucherand, *Cont. à l'ét. de la phys. path. de la chorée*, Th. de Lyon, 1883.

(2) Ross, *Handb. of the Dis. of the nerv. s.* London, 1885.

des lésions des faisceaux blancs et des ronces grises de la moelle.

Plus récemment encore, H. Wood (1) a émis une opinion absolument conforme à celle de M. Pierret.

La démonstration, faite par Foucherand, qu'il existe dans toute la hauteur de la moelle des points choréigènes, a été reprise pour la partie supérieure du système nerveux par un autre élève de M. Pierret, le Dr Sage (2). Celui-ci, après avoir étudié les mouvements choréiformes que l'on trouve parfois chez les paralytiques généraux, a conclu qu'ils sont sous la dépendance des lésions des couches corticales, de l'excitation pathologique des éléments cellulaires des centres moteurs.

En résumé, nous voyons que si nous ne connaissons pas la lésion de la chorée, l'étude des lésions des mouvements choréiformes symptomatiques nous amène cependant à une notion plus précise du siège possible et probable des altérations encore à trouver de la névrose. Ainsi se trouve confirmé ce que disait M. Charcot, lors de ses premières études sur l'hémichorée posthémiplégique : « que si le siège de cette dernière était un jour déterminé avec précision, on connaîtrait *au moins l'une des régions* de l'encéphale où devraient être cherchées les altérations délicates d'où dérivent les symptômes de la chorée vulgaire. »

(1) Wood, *The basal pathology of Chorea (Bost. M. and S. Journ.*, 1885).

(2) Sage, *Mouvem. choréif. chez les paralytiques gén.*, Th. Lyon, 1884.

Rapports et nature de la chorée de Sydenham.

Les rapports de la chorée de Sydenham avec le rhumatisme sont une des questions qui ont le plus préoccupé et passionné les médecins depuis l'époque où parut le mémoire de M. G. Sée. Avant lui on ne trouve, en effet, que deux observations de Stoll et deux de Bouteille, où on voit signalée la coïncidence du rhumatisme et de la chorée.

Pour M. Sée, sur deux enfants rhumatisants, il en est au moins un qui est en même temps choréique, et inversement sur deux chorées il en est une qui dépend du principe rhumatismal. En Angleterre, la même opinion, défendue par Copland et par Babington, avait été acceptée rapidement. En France elle fut vivement combattue : Rilliet et Barthez, Barrier, Monneret, Grisolle, etc., multiplièrent les objections et trouvèrent très exagérées les assertions de G. Sée et de Botrel dont la thèse avait paru également en 1850.

La théorie qui admet l'existence d'une connexion entre le rhumatisme et la chorée trouva un défenseur aussi chaleureux que brillant dans M. H. Roger (1), qui publia plusieurs mémoires sur ce sujet et chercha à démontrer qu'il n'y a pas entre ces deux affections une simple coïncidence, mais une véritable loi bien définie. Il fit voir quels étaient les caractères du rhumatisme de l'enfance qui peut être polyarticulaire et aigu, mais que le plus souvent est monoarticulaire et subaigu ; il

(1) H. Roger, *Archives générales de médecine*, 1867 et 1868.

le montra précédant habituellement la chorée qui se développe au moment où il s'atténue et disparaît, fréquemment coïncidant avec elle, plus rarement apparaissant après elle. Chez certains sujets, il y a une véritable alternance entre les accidents.

S'appuyant d'autre part sur la fréquence des lésions de l'endocarde et du péricarde dans la chorée, avec ou sans rhumatisme, il distingua, en dernier lieu, une *chorée rhumatismale*, une *chorée cardiaque* et enfin une chorée *rhumato-cardiaque*.

Il serait difficile d'affirmer lequel des trois processus ouvre la scène : tantôt encore c'est la chorée qui est le premier symptôme, tantôt l'affection cardiaque; ou bien la chorée et l'affection du cœur sont simultanées, précédées ou suivies du rhumatisme ; toutes les combinaisons en un mot sont possibles.

Sur 71 cas de chorée, M. Roger trouvait 47 fois l'endocardite simple, 19 fois l'endopéricardite, 5 fois la péricardite. Il admettait en un mot « qu'un enfant choréique est toujours menacé de rhumatisme, de même qu'un enfant rhumatisant est toujours sous le coup d'une chorée. » Les statistiques anglaises venaient à l'appui de cette manière de voir : sur 36 cas, Senhouse-Kirkes (1) en trouve 33 dans lesquels le rhumatisme et les lésions cardiaques coexistaient et dans les trois autres les lésions cardiaques se trouvaient seules. Ogle (2), H. Jackson (3), Tuckwell, Broadbent (4) con-

(1) Senhouse-Kirkes, *Lond. Med. Gaz.*, 1850, et *Med. Times and Gaz.*, 1863.

(2) Ogle, *Brit. and for. med. ch. Rew.*, 1868.

(3) H. Jackson, *Brit. med. J.*, 1868 et *Med. Tim. and Gaz.*, 1869.

(4) Broadbent, *Brit. med. Journ.*, 1869.

firment cette relation, mais tandis qu'en Angleterre on édifiait la théorie de l'embolie, en France on considérait les accidents comme dus plutôt à la localisation de la diathèse rhumatismale sur le centre nerveux. Pour G. Sée, la chorée est un rhumatisme cérébral chronique, un rhumatisme cérébral atténué. M. Roger n'a jamais vu de rhumatisme cérébral sans chorée. Chez un de ses malades, la chorée est la première en date, elle coïncide avec de l'affaissement intellectuel, des pleurs, de l'agitation ; alors apparaît le rhumatisme qui affecte plusieurs articulations et touche le cœur, enfin après quelques jours de véritable délire l'enfant guérit. On trouve des observations semblables dans Trousseau, Picot, Cadet de Gassicourt, pour qui la limite entre la forme commune de la chorée et le rhumatisme cérébral est souvent indécise et facile à franchir.

En Allemagne, les auteurs ne suivirent pas les observateurs anglais et français, sauf Henoch qui admit les idées de M. Roger, la plupart restèrent sur la réserve et considérèrent que s'il y a en réalité une coïncidence fréquente entre le rhumatisme et la chorée, elle n'est ni fixe, ni constante. C'est du moins ce qui résulte de l'examen d'un récent travail de Prior (1), où les opinions de la plupart de ses compatriotes se trouvent réunies.

Aux statistiques, on opposa d'autres statistiques, celle de Steiner, par exemple, qui sur 252 cas ne mentionne que quatre faits de rhumatisme articulaire aigu, celle de Hughes, qui trouve seulement 14 cas de rhumatisme sur 104 cas de chorée, etc. E. Labbée, Bor-

(1) Prior, *Berliner med. Wockens.*, 1886, nº 2.

dier, H. Rendu, Empis, etc., ont vu beaucoup de faits négatifs. Jaccoud conseille de se méfier des coïncidences et, récemment encore, M. Joffroy (1) s'élevait vivement contre les prétendus rapports du rhumatisme et de la chorée; son élève Saric (2) a cherché à démontrer que les affections des jointures qu'on voit chez les choréiques étaient des lésions trophiques liées à une altération du système nerveux.

C'est évidemment aller trop loin dans la réaction : nous pensons, pour notre part, qu'on ne peut nier la fréquence du rhumatisme articulaire aigu, avec ou sans lésions cardiaques, dans la chorée et nous adopterons, avec Brouardel et Raymond, un moyen terme, restant entre ceux qui admettent que le rhumatisme est le précurseur indispensable de la chorée et de ceux qui ne voient dans les statistiques que des coïncidences et des accidents. Il est une névrose dans laquelle on trouve le rhumatisme presque aussi fréquemment que dans la chorée, c'est l'hystérie : à chaque instant M. Charcot fait remarquer dans ses leçons que les hystériques dont il parle ont des antécédents rhumastismaux, et cependant on n'a pas encore dit, que nous sachions, que l'hystérie fût une affection rhumatismale. Nous nous arrêterons donc à cette proposition : que le rhumatisme se trouve fréquemment à la base des névroses et plus fréquemment à la base de la névrose-chorée que de toute autre. Quant à la relation qui existe entre ces névroses et le rhumatisme, l'avenir

(1) Joffroy, *Progrès médical*, Lec. reç. par A. Gilbert, mai 1885.
(2) Saric, *Nature et traitement de la chorée*, Th. de Paris, 1885.

nous l'apprendra peut-être, mais aujourd'hui nous devons avouer notre ignorance.

De fait, une autre théorie, qui se base aussi sur les relations de la chorée avec le rhumatisme et les lésions cardiaques, ne nous rend pas compte non plus de la nature de la maladie, nous voulons parler de la *théorie de l'embolie.* Broussais recommandait déjà de s'assurer s'il n'y avait pas d'hypertrophie du cœur chez les enfants choréiques, et Bright affirme qu'il y avait une subordination pathologique de la chorée aux affections cardiaques. Senhouse-Kirkes, en montrant la fréquence de lésions d'embolie et de ramollissement au niveau des ganglions cérébraux, donna plus d'extension à la théorie qui fut définitivement établie par H. Jackson en 1864, et défendue avec éclat par Tuckwell, Broadbent, etc. Elle fut acceptée en Allemagne par Lyon, par Frericks et son élève Kretschmer (1). Elle est assez simple; les végétations valvulaires produites par l'endocardite se détachent et vont produire dans le cerveau le ramollissement ou la chorée; le ramollissement si elles sont volumineuses, la chorée si elles sont minimes et n'obturent que des vaisseaux peu importants. Il se produit ainsi des thromboses dont le résultat peut être une perturbation dans les régions du cerveau qui servent à la transmission des impressions motrices : dans les chorées légères, les troubles sont passagers, la lésion étant superficielle; dans les chorées graves, les lésions sont plus profondes, mais le plus souvent encore réparables.

Cette théorie très simple a été si souvent réfutée que

(1) Kretschmer *Ueber Veitstanz,* Th. de Berlin, 1868.

nous ne nous attarderons pas à développer les arguments qu'on a produits contre elle et qui se réduisent à ceci : 1° les lésions emboliques des corps opto-striés ne guérissent pas complètement, le ramollissement et la destruction d'une partie de l'encéphale amènent la cessation de la fonction et non son exagération ; 2° tous les mouvements choréiques ne sont pas sous la dépendance exclusive des corps striés ; 3° on voit parfois une intégrité absolue de l'appareil circulatoire à l'autopsie des choréiques ; 4° enfin, on a trouvé des lésions de nature inflammatoire sans embolie.

Quoi qu'il en soit, cette théorie eut le mérite d'attirer l'attention sur le siège probable de la chorée et d'ouvrir la voie aux travaux qui devaient quelques années plus tard faire découvrir le siège de l'hémichorée symptomatique. Peut-être aussi a-t-on été un peu loin en rejetant absolument l'embolie ; expérimentalement, A. Money (1) a récemment mis hors de doute que les embolies capillaires de la moelle épinière peuvent amener, chez les chiens, les cobayes, etc., des troubles moteurs absolument comparables à ceux de la chorée. Il est bon d'ajouter qu'il n'a pas réussi à déterminer de mouvement en agissant sur le cerveau : là il n'a obtenu que des paralysies.

Nous ne croyons pas avoir à nous étendre sur les nombreuses théories émises sur la nature de la chorée ; nous ne ferons que les signaler, renvoyant pour les détails à l'article de M. Raymond. C'est d'abord l'*hy-*

(1) A. Money, *The experimental Production of Chorea, etc.* (*Roy. Med. and Ch. Soc.*, 26 mai 1885).

pothèse physiologique d'O. Sturges (1) qui part de ce point que les excitations intellectuelles vives s'accompagnent toujours d'un degré plus ou moins marqué d'excitation motrice et d'incoordination : chez l'enfant, dont la puissance nerveuse, naturellement faible, est encore débilitée par différentes causes, la moindre impression morale suffit pour amener des troubles psycho-moteurs. Ce n'est qu'une hypothèse peu en rapport avec les faits et qui n'explique rien. M. Broadbent, tout en accordant l'importance que l'on sait à l'embolie, croit la chorée due à un véritable *délire sensitivo-moteur* des ganglions cérébraux.

La théorie *dyscrasique* mérite de nous arrêter un instant. Malgré l'importance que nous lui avons vu attribuer au rhumatisme, M. G. Sée se rattache à cette théorie : Cyon (2) croit qu'il faut faire intervenir la chlorose, l'anémie et l'onanisme dans l'étiologie des chorées, et M. Bouchut dit que le rhumatisme agit comme les autres maladies aiguës, en amenant l'hypoglobulie. Mais si l'anémie agit bien réellement comme cause prédisposante, il serait malaisé d'indiquer le mécanisme de cette action; ceci nous amène à dire un mot des rapports de la chorée avec les maladies aiguës.

On a vu quelques cas dans lesquels la chorée se développait à la suite des maladies aiguës, de la rougeole, de la scarlatine, de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, de l'érysipèle, etc. G. Sée a réuni une ving-

(1) O. Sturges, *On chorea and other allied movement disorders in early life*, London, 1881; *On overwork at school, etc.* (*Lancet*, 1885, 1).

(2) Cyon, *Medic. Jahrbuch.*, 1869.

taine d'observations de cette nature, et depuis son travail quelques autres ont été publiées. On les trouvera signalées dans Grasset et dans la thèse récente de Saquet (1), où les faits les plus disparates se trouvent d'ailleurs réunis. Les recherches contemporaines, en éclairant d'une lueur si vive la pathogénie des maladies iufectieuses, et en montrant le rôle joué par les microorganismes, a donné une sorte d'actualité aux relations que celles-ci peuvent avoir avec la chorée. Dans son récent traité, Strümpell dit que le développement de la chorée, à la suite d'une maladie infectieuse, n'est pas sans jeter quelque lumière sur la genèse de la chorée. Saquet, partant du mémoire dans lequel P. Marie a démontré que la sclérose en plaques avait été fréquemment précédée d'une maladie infectieuse, n'hésite pas y admettre que les manifestations articulaires qui précèdent ou accompagnent la chorée sont du rhumatisme pseudo-infectieux et que la chorée elle-même est une maladie infectieuse. C'est aller un peu vite en besogne, et lorsqu'on s'engage dans cette voie de l'hypothèse gratuite, on peut aller loin : au dernier meeting de l'Association médicale anglaise, Straton (2) dit que la chorée pourrait bien être due à l'introduction d'un microbe par une écorchure du nez ou une angine qu'il regarde comme constantes au début de la chorée !

Nous ne nous inscrivons pas absolument en faux contre l'opinion qui pourrait voir une certaine relation entre l'élément infectieux d'une pyrexie et l'irritation

(1) Saquet, *Chorée cons. aux mal. infect.*, Th. de Paris, 1885, nº 10.
(2) Straton, *The prechoreic stage of chorea* (*Brit. M. J.*, 1885, II).

des conducteurs nerveux de la motilité ; nous pourrions même faire remarquer que la chorée des jeunes chiens dont nous admettons, ainsi que M. Pierret, l'analogie avec la chorée humaine, est vraisemblablement une maladie infectieuse au dire des vétérinaires, mais nous croyons que pour se prononcer il faudra des recherches précises et non des affirmations purement théoriques. M. Joffroy se prononce nettement contre cette opinion que la chorée, qui se développe toujours dans l'enfance, serait une maladie infectieuse. Jusqu'à nouvel ordre on peut admettre, surtout en présence du petit nombre de cas publiés, ou bien qu'il s'est agi de simples coïncidences, ou bien que la maladie infectieuse a amené avec elle de l'anémie et de la débilitation favorable au développement de la maladie. Dans un certain nombre de ces faits, dans la fièvre typhoïde par exemple, on pourrait encore admettre que la cause des mouvements est de cause réflexe, comme l'a fait récemment Peiper (1).

Les anciens admettaient ce réflexe pour les chorées qui disparaissent sous l'influence d'un vermifuge, mais qui ne sont peut-être que des exemples de la maladie de Bergeron ; Axenfeld l'admettait pour la chorée de la grossesse qui cesse avec la délivrance ; M. Lépine l'a admis encore pour expliquer le fait d'hémichorée pleurétique de Weill.

Après avoir examiné toutes les théories, Raymond arrive à des conclusions purement négatives. On en est réduit à se retrancher derrière l'*irritation* du système nerveux dont la nature nous échappe encore, à consi-

(1) Peiper, *Chorea bei typhus abd. (Deuts. Med. Wochens.* 1885, n° 8).

dérer la chorée, ainsi que l'avait fait Pinel le premier, comme une névrose. C'est une névrose parce que si l'on est peut-être sur la voie qui amènera un jour à la découverte de sa lésion, on peut dire qu'à l'heure actuelle on n'a pu encore lui trouver une anatomie pathologique constante et précise. C'est une névrose cérébro-spinale, comme le montre l'analyse des symptômes relatifs à l'intelligence, à la motilité et à la sensibilité; elle est en relation avec la chlorose qui se développe au moment de la puberté, comme l'avaient déjà vu Sydenham, Stoll, Pinel, Bouteille, Trousseau, etc., ou mieux *au moment de la croissance*, comme le veulent M. Brouardel et M. Joffroy. La chorée se produit au moment du développement le plus actif de l'organisme et elle est au système nerveux ce que la chlorose est au système de l'hématopoïèse. Nous admettrons en résumé, avec M. Joffroy qui a bien mis récemment ce fait en lumière, que *la chorée de Sydenham est une névrose cérébro-spinale d'évolution, une névrose de croissance.*

Il ne nous reste plus qu'à indiquer la place de cette névrose elle-même. Quelques auteurs ont signalé la chorée et l'épilepsie réunies chez le même individu. Althaus (1) et plus récemment Gowers (2) en ont rapporté des exemples; il faut avouer que ces faits sont peu fréquents, que quelques-uns se rapportent à des ics convulsifs, que d'autres enfin ont été observés chez des enfants plus ou moins idiots et que la chorée était symptomatique dans ces cas.

Nous serions plutôt tenté de rapprocher la chorée

(1) Althaus, *Clin. Soc. of London*, 1878.
(2) Gowers, *De l'épilepsie, etc.*, trad. Carrier, 1883.

de Sydenham de l'hystérie; la fréquence du rhumatisme dans les antécédents, la présence dans la chorée de points douloureux peut-être comparables aux points hystérogènes, la possibilité du transfert (Debove), nous semblent constituer autant de points de contact. On peut y ajouter des faits plus rares, les attaques convulsives à caractère nettement hystérique, l'hémianesthésie, la polyopie monoculaire, le rétrécissement du champ visuel, tous phénomènes dont la présence a récemment été constatée par P. Marie. Nous signalerons aussi ce fait, rapporté par M. Beaunis (1), d'une chorée guérie par quelques séances d'hypnotisme : M. Bernheim a communiqué à M. Beaunis une observation analogue.

Est-ce à dire que nous considérions la chorée comme une forme de l'hystérie? Nous dirons seulement avec Marie que cette opinion n'est pas invraisemblable, mais qu'elle manque encore de preuves évidentes et que jusqu'à nouvel ordre il faut s'en tenir à la classique comparaison des névroses, « arbre d'essence inconnue dont les branches nées d'un tronc commun s'éloignent en divergeant, mais non sans envoyer les unes vers les autres quelques rameaux qui les unissent étroitement. »

(1) Beaunis, *Le somnambulisme provoqué*, Paris, 1886.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Nous croyons avoir montré d'une façon suffisante pour n'avoir pas à y revenir que l'hystérie a joué un rôle important dans les chorées épidémiques et, qu'à défaut de descriptions symptomatiques, cette action pathogénique nous autorisait à les relier aux chorées rythmiques. En effet celles-ci sont indubitablement des manifestations de la névrose hystérique et on peut comparer l'hystéro-chorée, la grande chorée actuelle, aux paralysies et aux contractures hystériques. Dans notre esprit, et c'est un point que nous nous sommes attaché à faire ressortir, la plupart des faits de spasme saltatoire devaient également se rattacher à la chorée rythmée. Peut-être faut-il, avec M. Charcot, faire une légère réserve à ce sujet et admettre que dans quelques cas la chorée rythmée pourrait exister d'une manière autonome : c'est aux faits de répondre.

Nous ne reprendrons pas les arguments qui nous ont servi à séparer des chorées un certain nombre d'affections désignées fréquemment sous ce nom. Reste à fixer la place attribuable dans la nosographie à la maladie des tics convulsifs. Les éléments susceptibles de nous servir ne peuvent être empruntés à la nature de l'affection dont l'anatomie pathologique nous est absolument inconnue, et nous ne pouvons guère faire que

des rapprochements symptomatiques. A ce point de vue, la maladie des tics convulsifs nous paraît se rapprocher singulièrement de la grande chorée d'une part, de la chorée de Sydenham de l'autre.

Comme nous l'avons déjà dit, les mouvements des tics ressemblent d'une manière frappante à ceux de la chorée rythmée ; ils n'en diffèrent que par une question de degré et par une succession moins régulière, bien que fréquemment celle-ci présente un caractère rythmé des plus nets. Si le mouvement de la chorée rythmée est coordonné et systématique, se reproduisant toujours identique, il en est de même de celui du malade atteint de tic : toujours ou presque toujours le mouvement qu'il exécute est la reproduction d'un geste ou d'un mouvement de la vie ordinaire. Ce mouvement involontaire et irrésistible ne diffère pas au point de vue de la forme et de la direction du mouvement analogue qu'aurait déterminé la volonté. Le tic des paupières, par exemple, est constitué par le mouvement que ferait le malade s'il voulait cligner de l'œil. Le tic, dans lequel le malade tourne brusquement la tête de droite à gauche ou l'incline brusquement sur la poitrine, est constitué par le même mouvement que ferait le malade s'il voulait dire *non* ou *oui;* et ainsi de suite.

D'autres caractères peuvent encore servir au rapprochement et nous noterons en premier lieu l'émission involontaire de sons plus ou moins nettement articulés : nous ne voyons pas qu'il y ait de différence fondamentale entre la malade Deb... de M. Charcot, qui émettait pendant son accès une sorte de chant modulé, toujours le même, et les malades atteints de tics convulsifs qui émettent un cri ou une série de paroles obscènes, tou-

jours les mêmes aussi. Lorsque le malade, atteint de tic convulsif à son plus haut degré de développement, comme les sauteurs de Beard ou comme le malade de Hammond, répète un mot en écho, imite le mouvement le plus compliqué ou exécute instantanément l'ordre qui lui est donné, il est en réalité dans le même état que l'hypnotique dont on a absolument annihilé la volonté : il obéit à une suggestion et l'impulsion motrice est déterminée brusquement chez lui par la perception sans que sa volonté intervienne pour régler la décharge nerveuse. Or nous avons vu que précisément le même phénomène se passe chez la malade dont nous venons de parler, puisqu'il a suffi d'esquisser tel mouvement constitutif de son accès de chorée rythmée pour l'obliger à le reproduire elle-même sur-le-champ. D'ailleurs n'avons-nous pas dit que dans la grande chorée les mouvements paraissaient précédés de leur représentation psychique? Entre cette représentation, dont l'origine nous est inconnue, et celle que détermine un ordre donné chez le latah ou chez le jumper, l'analyse psychologique ne trouverait sans doute pas de différence bien accusée.

L'analogie est plus marquée encore avec la chorée de Sydenham. Pour un grand nombre d'auteurs, dit Letulle, le tic n'est qu'un reste de la chorée incomplètement guérie. C'était l'opinion de Spring (1), par exemple, qui décrit le tic musculaire non douloureux comme une chorée partielle. Il peut provenir d'habitudes contractées par négligence, dit-il, mais le plus souvent il se présente comme le reste de désordres

(1) Spring, *loc. cit.*, p. 750.

convulsifs ou choréiques passés. Axenfeld (1) a fait ressortir à diverses reprises les analogies qui existent entre les tics et la chorée vulgaire : même importance reconnue aux causes de l'ordre moral, même contraste entre la faiblesse de la contractilité volontaire et l'intensité des contractions involontaires, même influence du sommeil amenant la cessation des mouvements choréiques. Axenfeld ajoute que l'intervention de la volonté est, dans les deux cas, impuissante à maîtriser la convulsion ou même agit à l'égal des émotions pour déterminer le retour du mouvement morbide et pour en exagérer la force ; nous avons vu que ce caractère ne pouvait être invoqué et que la volonté avait une influence manifeste, au moins sur certaines formes de tics convulsifs.

Ce qui montre bien l'analogie des caractères objectifs des tics et de la chorée, c'est que les auteurs, lorsqu'ils traitent du diagnostic, ne peuvent arriver à le faire qu'en se basant sur la localisation des premiers. Aussi c'est à peine si on trouve d'observations de tics un peu généralisés et complexes avant le travail de Gilles de la Tourette : si on relit ses observations ainsi que celles de Guinon, on constate que tous ces malades ont été traités comme des choréiques. De fait, lorsqu'on n'est pas prévenu, rien n'est plus facile que de confondre, chez les enfants, la maladie des tics convulsifs avec la chorée : une analyse attentive des mouvements, en faisant ressortir leur rapidité, leur instantanéité et leur systématisation, la recherche des manifestations d'ordre psychique, peuvent seules faire

(1) Axenfeld et Huchard, *Traité des névroses*, 1883, p. 478.

éviter l'erreur. Nous ne doutons pas pour notre part que la grande majorité des cas publiés depuis Thilenius sous le nom de *chorée chronique*, n'appartiennent à la maladie des tics convulsifs.

Telles sont les raisons qui nous ont fait placer les tics convulsifs non pas dans les mouvements choréiques, mais à côté d'eux, et qui nous ont permis de les considérer comme étant en réalité une sorte d'intermédiaire entre la chorée rythmée et la chorée de Sydenham.

Notre tâche était plus facile pour cette dernière et nous n'avons pas eu de peine à montrer combien les différentes modalités qu'elle présente se rapprochent de l'hémichorée et des autres mouvements posthémiplégiques. Ce travail avait été fait depuis longtemps par l'école de la Salpêtrière et il nous a permis de comprendre de quel côté il fallait entamer la névrose pour avoir quelque chance d'arriver un jour à sa connaissance anatomique et pathologique, si la chose est possible. Chemin faisant, nous avons indiqué la tendance de certains travaux récents à rapprocher l'hystérie et la chorée sur le tronc commun des névroses.

Nous ne voulons pas terminer sans répondre au reproche qu'on pourrait nous faire d'avoir ramené la confusion en employant le même mot pour deux affections que nous considérons comme différentes : on ne confondra pas plus la *grande chorée, l'hystéro-chorée*, avec la *chorée de Sydenham* qu'on n'a confondu les grandes attaques hystériques avec l'épilepsie le jour où M. Charcot, dans ses descriptions si nettes et si vivantes, leur eut donné le nom d'hystéro-épilepsie.

TABLE DES MATIÈRES



Imprimerie Émile Colin, à Saint-Germain.